

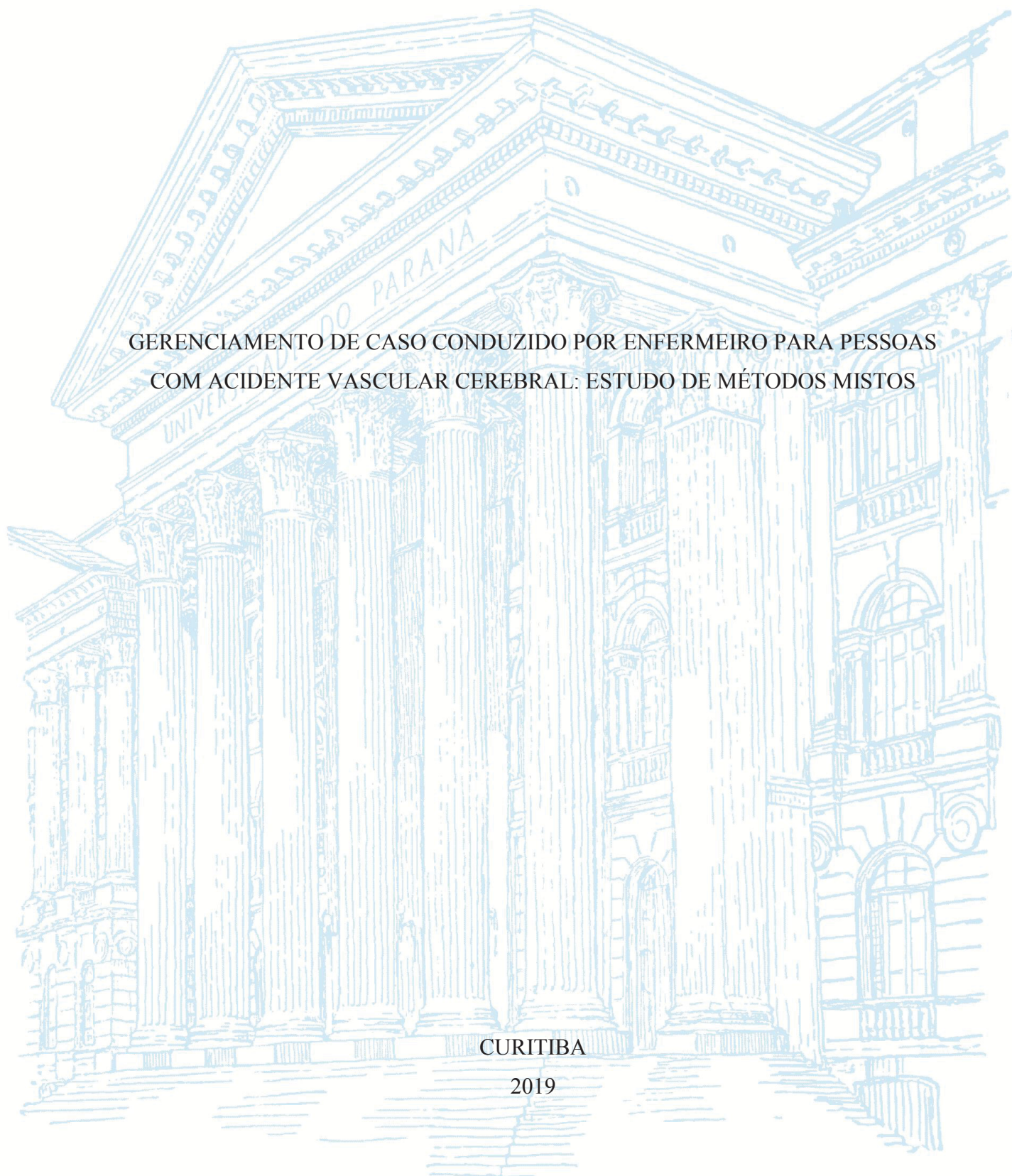
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

POLLYANNA BAHLS DE SOUZA

GERENCIAMENTO DE CASO CONDUZIDO POR ENFERMEIRO PARA PESSOAS
COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: ESTUDO DE MÉTODOS MISTOS

CURITIBA

2019



POLLYANNA BAHLS DE SOUZA

GERENCIAMENTO DE CASO CONDUZIDO POR ENFERMEIRO PARA PESSOAS
COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: ESTUDO DE MÉTODOS MISTOS

Tese apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria de Fátima Mantovani.

CURITIBA

2019

Souza, Pollyanna Bahls de

Gerenciamento de caso conduzido por enfermeiro para pessoas com Acidente Vascular Cerebral [recurso eletrônico]: estudo de métodos mistos / Pollyanna Bahls de Souza – Curitiba, 2019.

Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2019.

Orientadora: Professora Dra. Maria de Fátima Mantovani

1. Administração de caso. 2. Acidente Vascular Cerebral. 3. Cuidados de enfermagem. 4. Planejamento de assistência ao paciente. 5. Saúde do adulto. I. Mantovani, Maria de Fátima. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 616.81



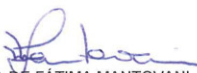
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -
40001016045P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Tese de Doutorado de **POLLYANNA BAHLS DE SOUZA**, intitulada: **GERENCIAMENTO DE CASO CONDUZIDO POR ENFERMEIRO PARA PESSOAS COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: ESTUDO DE MÉTODOS MISTOS**, sob orientação da Profa. Dra. MARIA DE FÁTIMA MANTOVANI, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.


A outorga do título de Doutor está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 16 de Dezembro de 2019.


MARIA DE FÁTIMA MANTOVANI
Presidente da Banca Examinadora


ALEXANDRA BITTENCOURT MADUREIRA
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE)


SONIA SILVA MARCON
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ)


AIDA MARIS PERES
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Dedico este trabalho à minha amada família, minha
base sólida de amor, fé, persistência, incentivo.

AGRADECIMENTOS

Ao Deus da minha vida, meu sustento e guia. Responsável por todas as bênçãos e vitórias em minha vida.

Aos meus amados pais, Cláudio e Terezinha, principais incentivadores de toda a minha vida, acompanharam de perto a construção desse trabalho. Obrigada é pouco para agradecer tudo o que fazem por mim. Amo vocês!

Às minhas irmãs, Débora e Cláudia, meus exemplos de pessoas e profissionais, sempre presentes em meus dias, meu apoio certo.

Aos meus cunhados e sobrinhos, fundamentais para a manutenção do meu alicerce: família!

Ao meu namorado, Alexandre, por sempre incentivar e compreender minhas ausências. Obrigada por acreditar em mim!

À minha amiga, Renata, minha maior ouvinte, com palavras certas para os momentos certos, sempre me motivando a ser uma pessoa melhor.

À minha orientadora, Dr^a Maria de Fátima Mantovani, quem muito me ensinou sobre pesquisa, ensino, enfermagem. Obrigada por todo o tempo dispensado a mim, seria impossível chegar até aqui sem a sua luz. Um exemplo de profissional!

À minha colega, Ângela, companheira nesse percurso de doutorado, obrigada pela paciência e por tanto me ajudar. Sou muito grata por tudo o que fez por mim.

Às colegas da Universidade Federal do Paraná, Angelita, Carina, Juliana, Vanessa, Wendy e Mireille pela parceria de sempre.

Ao departamento de enfermagem da Universidade Estadual do Centro Oeste – UNICENTRO por ter me permitido trabalhar e estudar ao mesmo tempo, de maneira compreensiva e amiga aceitou minhas adequações de horários.

Ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGENF- UFPR), pela oportunidade de qualificação.

Aos participantes que aceitaram voluntariamente participar desta pesquisa.

Aos serviços de saúde do município de Guarapuava por aceitarem o desenvolvimento deste trabalho.

À banca examinadora por todas as contribuições para a melhoria e qualificação deste trabalho.

A todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho, muito obrigada!

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é
senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria
menor se lhe faltasse uma gota”. (Madre Teresa de
Calcutá)

“Todas as vitórias ocultam uma abdicação”.
(Simone de Beauvoir)

RESUMO

Introdução: O gerenciamento de caso é um modelo de cuidado que pode ser utilizado em situações complexas de saúde como no acidente vascular cerebral (AVC) e pode ser realizado pelos profissionais de saúde, como o enfermeiro que é indicado por seu conhecimento clínico e sua habilidade no cuidar. **Objetivo:** avaliar o efeito do gerenciamento de caso conduzido por enfermeiro na manutenção dos níveis pressóricos dentro dos parâmetros da normalidade e no controle de outros fatores de risco e apreender o significado do acompanhamento pelo enfermeiro nos cuidados de saúde pós-AVC. **Método:** Trata-se de um estudo de métodos mistos realizado em um município da região centro sul do Estado do Paraná no período de março de 2016 a dezembro de 2019. Os participantes foram 14 pessoas diagnosticados com AVC internados em dois hospitais que atenderam aos critérios de inclusão: idade de 18 a 64 anos, possuir diagnóstico de hipertensão arterial e residir no município. A coleta de dados aconteceu em duas etapas: para a abordagem quantitativa, foram levantados os dados sociodemográficos, o grau de comprometimento neurológico com auxílio de duas escalas e a adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica com um questionário eletrônico, a intervenção foi o gerenciamento de caso conduzido por enfermeira com acompanhamento por seis meses baseado na classificação de risco de uma escala que propõe ações de cuidado. Foram realizadas três visitas domiciliares, acompanhamento telefônico, com os participantes e/ou familiares, atividades educativas individuais e de encaminhamento para outros profissionais. Na abordagem qualitativa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas de 7 a 30 dias após o término da intervenção. Os dados quantitativos foram analisados de forma descritiva e por meio de teste de Fisher, o nível de significância adotado foi $p < 0,05$. Utilizou-se o apoio de um *software* para a análise dos dados qualitativos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer nº 3.002.936. **Resultados:** Observou-se predominância do sexo masculino, faixa etária de 56 a 65 anos, casados ou em união estável, com 1 a 4 anos de estudo e com renda mensal de 1 a 2 salários mínimos. As ações desenvolvidas pelo enfermeiro gerente de caso durante as três visitas foram orientações sobre mudanças alimentares, adesão ao tratamento não medicamentoso, realização de atividade física e encaminhamento para profissionais de outras especialidades. Houve redução do tabagismo ($p=0,0414$); ingestão de bebida alcoólica ($p=0,0000$); consumo de sódio ($p=0,0024$); gordura ($p=0,0027$); carboidrato ($p=0,0203$); açúcar ($p=0,0111$). Não houve diferença significativa na média da redução dos valores da pressão arterial sistólica e diastólica, mas observou-se uma melhora nos valores pressóricos dos participantes ao longo do acompanhamento. Não houve melhora significativa também na adesão ao tratamento medicamentoso. Ressalta-se que durante o acompanhamento não houve hospitalizações e óbito. As entrevistas possibilitaram o encontro de três categorias: Autogestão do cuidado referente às mudanças de atitudes incentivadas pelo medo de um novo episódio de AVC; Sequelas e repercussões tardias do Acidente Vascular Cerebral a partir das limitações apresentadas pelos participantes pós-AVC; e Apoio recebido pós Acidente Vascular Cerebral relativo aos benefícios proporcionados pelo enfermeiro gerente de caso durante as visitas de acompanhamento. **Conclusões:** Não foi comprovada estatisticamente a interferência do gerenciamento de caso conduzido por enfermeiro na manutenção dos níveis pressóricos, porém verificou-se redução destes durante o acompanhamento. Em relação aos hábitos de vida, observaram-se mudanças relacionadas a aspectos nutricionais, tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas. Os depoimentos dos participantes explicitaram que o gerenciamento de caso realizado pelo enfermeiro possibilitou a detecção das necessidades e a criação de uma rede de cuidados mais efetiva, demonstrando que o gerenciamento de caso é uma ferramenta capaz de promover a saúde e prevenir novas complicações.

Palavras-chave: Administração de Caso. Acidente Vascular Cerebral. Cuidados de Enfermagem. Planejamento de Assistência ao Paciente. Saúde do Adulto.

ABSTRACT

Introduction: Case management is a health care model. It is used in complex health situations as a stroke and conducted by health professionals such as nurse with clinical knowledge and ability to nursing care. **Objective:** to evaluate the effect of nurse-led case management on maintaining blood pressure levels within the normal range, controlling other risk factors, and to grasp the significance of nurse follow-up in post-stroke health care. **Methods:** A mixed methods study carried out in a municipality in the central south region of the state of Paraná. From March of 2016 to December of 2019. The participants were fourteen in-patients diagnosed with stroke at two hospitals that met the inclusion criteria: age 18 to 64 years old, have a diagnosis of hypertension and reside in the municipality. Data collection took place in two stages. For the quantitative approach, a semi-structured instrument supported the gathering of sociodemographic data, two scales were used to know the degree of neurological impairment and the adherence to treatment of systemic arterial hypertension by means of an electronic questionnaire. The nurse conducted the case-management with follow-up for six months based on the risk classification by the Predictive Scale of Complications that proposes care actions. Also, carried out three home visits, telephone follow-up with participant and/or family, individual educational activities and referral to other professionals. For the qualitative approach, conducted semi-structured interviews between 7 and 30 days after the end of intervention. Quantitative data were analyzed descriptively and by Fisher's test, the significance level adopted was $p < 0.05$. For the analysis of qualitative data, a software was used. The Research Ethics Committee under opinion n ° approved the project. 3,002,936. **Results:** Fourteen people participated in the study, predominance of males, aged 56 to 65 years old, married or in a stable union, with 1 to 4 years of study and monthly income of 1 to 2 minimum wages. The actions developed by the case manager nurse during the three visits were guidance on dietary changes, adherence to non-drug treatment, physical activity and referral to professionals from other specialties. The results showed a reduction in smoking ($p = 0.0414$); alcohol intake ($p = 0.0000$); sodium consumption ($p = 0.0024$); fat ($p = 0.0027$); carbohydrate ($p = 0.0203$); sugar ($p = 0.0111$). Presented an improvement in participants' blood pressure values during follow-up and no significant difference in mean reduction in systolic and diastolic blood pressure values and adherence to drug treatment. It is noteworthy that during follow-up did not have hospitalizations or death. The interviews made it possible to identified three categories: Self-care management related to changes in attitudes encouraged by the fear of a new episode of stroke; Sequel and late repercussions of stroke from the limitations presented by participants after stroke; and Support received after stroke related to the benefits provided by the case manager nurse during follow-up visits. **Conclusion:** The interference of case management conducted by nurse in maintaining blood pressure levels was not statistically proven, but there was a reduction during follow-up. Regarding lifestyle habits, observed changes related to nutritional aspects, smoking and alcohol consumption. The participants' statements made clear that the case management performed by the nurse enabled the detection of needs and the creation of a more effective care network, demonstrating that case management is a tool capable of promoting health and preventing further complications.

Descriptors: Stroke. Adult Health. Nursing Care. Case Management. Patient Care Planning.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	—	FLUXOGRAMA SOBRE TIPO DE ESTUDO. GUARAPUAVA, PR, 2018.....	36
FIGURA 2	—	FLUXOGRAMA DE RECRUTAMENTO DOS PARTICIPANTES. GUARAPUAVA, PR, 2018.....	39
FIGURA 3	—	FLUXOGRAMA DA PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM. GUARAPUAVA, PR, 2017.....	44
FIGURA 4	—	FLUXOGRAMA PARA AS CONSULTAS SEGUINTE DE ENFERMAGEM. GUARAPUAVA, PR, 2019.....	45
FIGURA 5	—	FLUXOGRAMA DO ACOMPANHAMENTO DOS PARTICIPANTES. GUARAPUAVA, PR, 2019.....	48
FIGURA 6	—	INTERVALO DE CONFIANÇA DA ESCALA DE RANKIN NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.	65
FIGURA 7	—	INTERVALO DE CONFIANÇA DO TABAGISMO NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PR, 2019.....	67
FIGURA 8	—	INTERVALO DE CONFIANÇA DA INGESTA DE BEBIDA ALCOÓLICA NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PR, 2019.....	68
FIGURA 9	—	PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PR, 2019.....	69
FIGURA 10	—	INTERVALO DE CONFIANÇA DO CONSUMO DE SÓDIO NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PR, 2019.....	70
FIGURA 11	—	INTERVALO DE CONFIANÇA DO CONSUMO DE GORDURA NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PR, 2019.	71
FIGURA 12	—	INTERVALO DE CONFIANÇA DO CONSUMO DE CARBOIDRATO NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PR, 2019.....	72

FIGURA 13	—	INTERVALO DE CONFIANÇA DO CONSUMO DE AÇÚCAR NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PR, 2019.....	73
FIGURA 14	—	DENDOGRAMA COM A PORCENTAGEM DE UCE EM CADA CLASSE E PALAVRAS COM MAIOR QUI-QUADRADO (X ²) FORNECIDO PELO <i>SOFTWARE</i> IRAMUTEQ - GUARAPUAVA, PR, 2019.....	78

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL DE ACORDO COM A MEDIÇÃO CASUAL OU NO CONSULTÓRIO A PARTIR DE 18 ANOS DE IDADE.....	55
QUADRO 2 – VARIAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA E DIASTÓLICA DOS 14 PARTICIPANTES NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.....	77

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – VARIAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.....	75
GRÁFICO 2 – VARIAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.	76

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	—	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES (N=14) DE ACORDO COM AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.....	61
TABELA 2	—	COMORBIDADES DECLARADAS PELOS PARTICIPANTES. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.....	62
TABELA 3	—	TEMPO DE DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS). GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.....	62
TABELA 4	—	NÚMERO E MOTIVOS DE HOSPITALIZAÇÕES NOS ÚLTIMOS 12 MESES ANTERIORES AO AVC. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.....	63
TABELA 5	—	DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE MEDICAÇÕES UTILIZADAS PELOS PARTICIPANTES E PERCENTUAIS DE REDUÇÃO EM CADA UMA DAS TRÊS VISITAS. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.....	63
TABELA 6	—	INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS DURANTE AS TRÊS VISITAS REALIZADAS DURANTE O GERENCIAMENTO DE CASO CONDUZIDO PELO ENFERMEIRO. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.....	64
TABELA 7	—	DIFERENÇA DOS RESULTADOS DA ESCALA DE RANKIN NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.....	64
TABELA 8	—	DIFERENÇA DOS RESULTADOS DA ESCALA NIHSS NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.....	65
TABELA 9	—	DIFERENÇA DOS RESULTADOS DA ESCALA QATHAS NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.....	66
TABELA 10	—	TABAGISMO NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.....	66

TABELA 11	—	INGESTÃO DE BEBIDA ALCOÓLICA NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.....	67
TABELA 12	—	PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.....	68
TABELA 13	—	CONSUMO DE SÓDIO NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.....	69
TABELA 14	—	CONSUMO DE GORDURA NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.....	70
TABELA 15	—	CONSUMO DE CARBOIDRATO NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.....	71
TABELA 16	—	CONSUMO DE AÇÚCAR NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.....	72
TABELA 17	—	PESO NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.....	73
TABELA 18	—	IMC NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.....	74
TABELA 19	—	CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.....	74
TABELA 20	—	PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.....	75
TABELA 21	—	DIFERENÇA MÉDIA DA PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.....	76

LISTA DE SIGLAS

AIT	—	Acidente Isquêmico transitório
ALCESTE	—	<i>Analyse Lexicale para Context d'un Ensemble de Segments de Texte</i>
ANOVA	—	Análise de variância
ANVISA	—	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVC	—	Acidente vascular cerebral
CA	—	Circunferência abdominal
CHD	—	Classificação Hierárquica Descendente
CID-10	—	Classificação Internacional de Doenças
COREQ	—	<i>Consolidated criteria for reporting qualitative research</i>
DAP	—	Doença arterial periférica
DASH	—	<i>Dietary Approaches to Stop Hypertension</i>
DCNT	—	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DPOC	—	Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)
Epchaum	—	Escala de predição de complicações da hipertensão arterial Ulbrich e Mantovani
ESF	—	Estratégia saúde da Família
HAS	—	Hipertensão arterial sistêmica
IAM	—	Infarto agudo do miocárdio
IBGE	—	Instituto brasileiro de geografia e estatística
ICC	—	Insuficiência cardíaca congestiva
IMC	—	Índice de massa corporal
Inmetro	—	Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia
Iramuteq	—	<i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
LSD	—	<i>least significant difference test</i>
MACC	—	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
NASF	—	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NIHSS	—	Escala do National Institutes of Health Stroke
OPAS	—	Organização Pan-Americana de Saúde
PAD	—	Pressão arterial diastólica
PAS	—	Pressão arterial sistólica
QATHAS	—	Questionário de adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica
SAMU	—	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIS-HIPERDIA	—	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes <i>Mellitus</i> da Atenção Básica
SUS	—	Sistema Único de Saúde
TCLE	—	Termo de consentimento livre e esclarecido
TRI	—	Teoria da Resposta ao Item
UCE	—	Unidades de Contexto Elementar
UCI	—	Unidades de Contexto Inicial
UPA	—	Unidade de Pronto Atendimento
UFPR	—	Universidade Federal do Paraná
Unicentro	—	Universidade Estadual do Centro Oeste
WHO	—	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	21
1	INTRODUÇÃO	23
1.1	POLÍTICAS PÚBLICAS E DIRETRIZES PARA O AVC.....	26
1.2	GERENCIAMENTO DE CASO PARA DOENÇAS CRÔNICAS.....	28
1.3	OBJETIVOS.....	34
2	MÉTODO	35
2.1	DELINEAMENTO E TIPO DE ESTUDO.....	35
2.2	PERÍODO DO ESTUDO.....	36
2.3	LOCAL DO ESTUDO.....	36
2.4	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	37
2.4.1	Critérios de inclusão.....	38
2.4.2	Critérios de exclusão.....	38
2.4.3	Critérios de descontinuidade.....	38
2.5	INSTRUMENTOS DE PESQUISA.....	39
2.5.1	Escala de predição de complicações da Hipertensão Arterial Ulbrich e Mantovani (Epchaum).....	39
2.5.2	Questionário de adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica (QATHAS).....	40
2.5.3	Escala de Rankin de Evolução Funcional após AVC.....	41
2.5.4	Escala do National Institutes of Health Stroke (NIHSS).....	41
2.5.5	Entrevista.....	41
2.6	COLETA DE DADOS.....	42
2.6.1	Primeira etapa: GERENCIAMENTO DE CASO.....	42
2.6.2	Segunda etapa: ENTREVISTAS.....	51
2.7	VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	51
2.7.1	Variáveis sociodemográficas.....	51
2.7.2	Variáveis clínicas.....	52
2.7.3	Hábitos de vida.....	52
2.7.4	Controle pressórico.....	54
2.7.5	Fatores de risco para complicações.....	55
2.8	ANÁLISE DE DADOS.....	57
3	ASPECTOS ÉTICOS	60
4	RESULTADOS	61
4.1	GERENCIAMENTO DE CASO.....	61
4.2	ENTREVISTAS.....	77
5	DISCUSSÃO	81
5.1	GERENCIAMENTO DE CASO.....	81
5.2	ENTREVISTAS.....	93
5.3	LIMITAÇÕES.....	98
6	CONCLUSÕES	99
	REFERÊNCIAS	101

APÊNDICE 1 – PROTOCOLO DA PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM.....	114
APÊNDICE 2 – PROTOCOLO PARA AS CONSULTAS SEGUINTE DE ENFERMAGEM.....	115
APÊNDICE 3 – INSTRUMENTO SEMI-ESTRUTURADO.....	116
APÊNDICE 4 – PROTOCOLO PARA AÇÕES EDUCATIVAS INDIVIDUALIZADAS.....	120
APÊNDICE 5 – PROTOCOLO PARA AS VISITAS DOMICILIARES.....	122
APÊNDICE 6 – PROTOCOLO PARA O CONTATO TELEFÔNICO.....	123
APÊNDICE 7 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	124
ANEXO 1 – ESCALA DE PREDIÇÃO DE COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL ULBRICH E MANTOVANI (Epchaum).....	127
ANEXO 2 – ESCALA DE RANKIN DE EVOLUÇÃO FUNCIONAL APÓS AVC.....	129
ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO DE ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (Qathas).....	130
ANEXO 4 – ESCALA DO NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH STROKE (NIHSS).....	132
ANEXO 5 – AUTORIZAÇÃO PARA USO DA Epchaum.....	140
ANEXO 6 – AUTORIZAÇÃO PARA USO DO QATHAS.....	141
ANEXO 7 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO OESTE.....	142

APRESENTAÇÃO

Durante a minha vida profissional, as experiências despertaram em mim a afinidade pela saúde do adulto e por toda a gama, toda a quantidade de cuidados que podem ser dispensados a esse público. Após o término da graduação (2004-2007), trabalhei em uma unidade de clínica médica de uma instituição hospitalar do município onde resido, Guarapuava – PR, e em uma unidade de Pronto Socorro em Paranaguá – PR. Essa vivência prática trouxe uma inquietação sobre os cuidados dispensados aos portadores de doenças crônicas não transmissíveis, uma vez que o índice de complicações era alarmante.

Ao retornar para Guarapuava, atuei como docente em uma instituição privada de ensino, na disciplina de Administração de Enfermagem, o que me levou a buscar por qualificação profissional na área; para isso, fiz o mestrado na Universidade Federal do Paraná com a dissertação desenvolvida a fim de mapear as competências de enfermeiros gerentes de uma instituição hospitalar.

Após esse processo, passei a atuar, até os dias de hoje, na docência da Universidade Estadual do Centro Oeste – UNICENTRO, sempre em disciplinas que relembavam em mim a inquietação sobre os cuidados de enfermagem necessários às pessoas com hipertensão arterial sistêmica, a fim de prevenir e evitar as complicações que são inerentes a essa doença crônica. Durante as práticas clínicas em campo, percebia que o número de pacientes vítimas de acidente vascular cerebral (AVC), em Guarapuava, aumentava e vinha atingindo pessoas cada vez mais jovens e, na grande maioria, a causa principal era uma hipertensão não controlada.

Além disso, os pacientes vítimas de AVC e seus familiares apresentavam muitas dúvidas em relação aos cuidados, aos riscos e às maneiras de prevenir um novo episódio. Enquanto docente, juntamente com os discentes, fazíamos orientações e prestávamos os cuidados necessários para cada necessidade apresentada pelos pacientes, porém, ficava a dúvida: a enfermagem coopera para o controle das doenças crônicas não transmissíveis e para a prevenção de suas complicações? E como pode fazer isso?

A partir de então, surgiu o interesse em me qualificar mais a fim de contribuir com a prática da enfermagem, com a saúde da população e com o ensino. Foi então que elaborei um projeto cujo objetivo era acompanhar vítimas de Acidente Vascular Cerebral e Ataque Isquêmico Transitório por meio do gerenciamento de caso em minha cidade, Guarapuava, e

me inscrevi no programa de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

Com a aprovação, tive a oportunidade de trabalhar minhas inquietações e, em conjunto com outros graduandos, mestrandos e doutorandos do Grupo de Estudo Multiprofissional Saúde do Adulto (GEMSA), estudar a temática e desenvolver, com a utilização do gerenciamento de caso, o acompanhamento dos pacientes vítimas de AVC em Guarapuava por seis meses. Foi possível perceber a significativa diferença que o enfermeiro pode fazer na vida do paciente e de sua família pós-AVC.

Dessa forma, o presente trabalho se insere na Linha de Pesquisa Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Inicialmente é destacada a problemática da pesquisa, contextualizando-a com as produções nacionais e internacionais, seguida dos objetivos pretendidos. Após, é descrito o método utilizado no estudo, os resultados encontrados e a discussão. São apresentadas também as limitações do estudo e, por fim, as conclusões.

1 INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC), responsável por grande índice de morbimortalidade em todo o mundo e considerado uma condição complexa de saúde, apresenta uma ampla variedade de déficits neurológicos. Assim, diante das inúmeras manifestações clínicas provenientes da doença, os profissionais de saúde têm o papel de planejar e implementar um plano de cuidados que contemple as necessidades apresentadas pelo paciente e colabore com a sua reabilitação, além de evitar a ocorrência de novos episódios de AVC (NUNES; FONTES; LIMA, 2017).

As causas do AVC baseiam-se em dois aspectos: em uma interrupção do fluxo sanguíneo para o cérebro, pela obstrução de uma artéria (origem isquêmica), em 85% dos casos; ou em uma ruptura de vasos sanguíneos cerebrais (origem hemorrágica) (BRITO et al., 2013), quando ocorre um desenvolvimento rápido de sinais clínicos decorrentes de distúrbios focais ou globais da função cerebral, com possível origem vascular, o que acarreta sequelas permanentes.

O AVC é reconhecido como uma das principais prioridades de saúde internacional, uma vez que mata mais mulheres do que o câncer de mama e mais homens do que o câncer de próstata. Uma em cada seis pessoas terá um AVC na vida. Um terço das pessoas acometidas pelo AVC encontra-se na faixa etária inferior a 65 anos, impactando na fase adulta do indivíduo (FERGUSON et al., 2016).

Globalmente, a prevalência de AVC era de 33 milhões de pessoas no ano de 2010, sendo que 16,9 milhões tiveram o primeiro episódio e dessas, cerca de 31% encontravam-se em idade produtiva, ou seja, inferior a 65 anos (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

No Brasil, o AVC apresenta a primeira causa de morte e incapacidade, o que confere grande impacto econômico e social. Um estudo nacional indicou que a incidência anual de AVC é de 108 casos por 100 mil habitantes, com taxa de fatalidade, dentro dos primeiros 30 dias, de 18,5% e, aos 12 meses, de 30,9%, com um índice de recorrência de 15,9%, sendo seu impacto grave (REIS et al., 2017). O risco de morte nos 30 primeiros dias após um AVC recorrente varia de 23% a 41% e o risco de nova incapacidade varia de 39% a 53% (BAILEY, 2016).

Em média, 25% dos doentes que sofrem um AVC falecem no primeiro ano e 25% ficam com sequelas graves e/ou incapacitantes, o que acarreta, também, grandes gastos tanto

para o seu tratamento específico quanto para o processo de reabilitação, ocasionando ônus familiar e social elevados (NUNES; FONTES; LIMA, 2017).

Entre os fatores de risco para o desenvolvimento do AVC, destaca-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o diabetes *mellitus*, as cardiopatias e a dislipidemia, uma vez que promovem a aceleração do processo de arteriosclerose. Como fatores comportamentais, o sobrepeso e a obesidade, seguidos do sedentarismo, do tabagismo, do etilismo e do uso de anticoncepcional (RODRIGUES; SANTANA; GALVÃO, 2017).

Dados norte-americanos de 2015, destacados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016), revelaram que a HAS estava presente em 60% dos pacientes com doença arterial periférica (DAP); em 69% dos pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio (IAM); em 75% daqueles com insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e em 77% de AVC. Além disso, a HAS é responsável por 45% das mortes cardíacas e por 51% das mortes decorrentes de AVC (MALACHIAS et al., 2016).

De acordo com estudos epidemiológicos, a HAS aumenta o risco de doenças cardiovasculares, sendo reconhecida como o principal fator de risco para a morbidade e mortalidade precoce, cuja principal causa de morte é o AVC (BRASIL. Ministério da saúde, 2011a). Nesse sentido, a detecção e o controle da pressão arterial são intervenções básicas e fundamentais de qualquer programa de prevenção de AVC, uma vez que cerca de 80% dos casos estão relacionados à hipertensão (GAGLIARDI, 2009).

Vale ressaltar que o controle adequado da PA diminui em até sete vezes o risco de um AVC. Isso resulta da mudança no perfil de morbimortalidade e do aumento da expectativa de vida da população brasileira (MENDONÇA; LIMA; OLIVEIRA, 2012; PEDREIRA; PRASERES, 2016).

O AVC representa a principal causa de incapacidade crônica em todo o mundo, ocasionando limitações no funcionamento físico, psicológico e social nos indivíduos acometidos por essa condição neurológica. Estima-se que entre 30% e 40% dos sobreviventes de episódios de AVC desenvolvem algum grau de dependência funcional, o que os impede de se reinserirem no mercado de trabalho e demanda algum tipo de auxílio no desempenho de atividades básicas de vida diária (MORAIS et al., 2015).

Junto com o AVC, vem uma carga de alterações que são inevitáveis. Com início súbito, há mudança de vida e devastadores impactos individuais e familiares devido às sequelas, além do alto custo econômico. Aproximadamente, mais de dois terços dos sobreviventes de AVC experimentam alguma incapacidade funcional ou cognitiva, o que

interfere em sua capacidade de viver de forma independente até mesmo em suas atividades diárias de vida (*DELOITTE ACCESS ECONOMICS AUSTRALIA*, 2013).

Os problemas decorrentes do AVC variam conforme a localização da lesão vascular, do tempo de perfusão inadequada e da existência de circulação colateral. Disfunções como ansiedade, depressão, distúrbios do sono e da função sexual, distúrbios motores, sensoriais, cognitivos e de comunicação são alterações prevalentes nos pacientes acometidos por AVC (CAVALCANTE et al., 2018).

Um estudo realizado com pacientes na fase de reabilitação identificou que a localização da lesão, o tempo de recuperação, o desempenho nas atividades instrumentais da vida diária e a idade foram os fatores mais importantes e determinantes para a qualidade de vida desses pacientes. Salienta-se que os problemas de saúde secundários ao AVC podem reduzir ainda mais a qualidade de vida do paciente. Entre os principais comprometimentos desenvolvidos após um AVC, destacam-se o aparecimento ou agravamento do comprometimento motor, problemas no sono, quedas, incontinência urinária e déficits de memória (MORAIS et al., 2015).

A fim de minimizar os danos e evitar uma epidemia, ações devem ser concentradas na prevenção do AVC. É de extrema importância que os fatores de risco que levam ao desenvolvimento da HAS, e potencialmente ao AVC, sejam reconhecidos, pois sua identificação correta possibilita aos profissionais da saúde melhores estratégias para atuar na prevenção e na diminuição da incidência desses casos, como mortalidade e incapacidades, além dos altos custos demandados por essas condições (BRITO; PANTAROTTO; COSTA, 2011).

A prevenção efetiva para a população de maior risco pode trazer benefícios para o indivíduo e para o sistema. Nesse sentido, cabe à equipe de saúde atuar de forma interdisciplinar, em nível de promoção da saúde à prevenção da doença, visando oferecer atenção integral ao paciente (PERRY et al., 2016).

Quando a doença já está instalada, há a necessidade do tratamento, que precisa de investimento, pois o público merece acesso a cuidados de qualidade. Inovações no tratamento incluem unidades específicas para suportar internamento de pacientes acometidos pela fase aguda do AVC. Esses modelos avançados de atendimento proporcionam menor custo, melhores resultados para o tratamento e são vistos positivamente pelos pacientes (O'BRIEN et al., 2016).

1.1 POLÍTICAS PÚBLICAS E DIRETRIZES PARA CUIDADO DO AVC

Os modelos assistenciais de cuidado integral ao paciente com AVC preveem a utilização de vários pontos de atenção à saúde, como ações da atenção básica, serviços de urgência e emergência, unidades de AVC, reabilitação e cuidados ambulatoriais (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

Com vistas a oferecer mais cuidados aos pacientes vítimas de AVC, foi instituída, pelo Ministério da Saúde, a Portaria nº 665, de 12 de abril de 2012 que dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

Após três anos, surgiu a Portaria nº 800, de 17 de Junho de 2015 a qual altera, acresce e revoga dispositivos da Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril de 2012, que dispõe sobre os mesmos critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), mantém o incentivo financeiro e a Linha de Cuidados em AVC, define, a partir de então, a necessidade da articulação entre serviços da atenção básica à saúde (promoção, prevenção e reabilitação), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e unidades hospitalares de retaguarda para atender aos pacientes com AVC (BRASIL. Ministério da Saúde, 2015).

A Linha de Cuidados elaborada para atendimento a pessoas com AVC pretende fornecer um cuidado de modo integrado e contínuo, considerando que o atendimento aos pacientes deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, com resolução do problema no local ou com a transferência para outro serviço de maior complexidade (CONITEC, 2016), pois uma avaliação adequada e um suporte efetivo são necessários no atendimento aos pacientes com AVC agudo. O resultado pode ser melhorado significativamente se a reperfusão, a investigação do mecanismo etiológico, a prevenção secundária e a reabilitação forem implementadas na assistência ao paciente vítima de AVC (GASPARI et al., 2019).

Embora a melhor alternativa para reduzir os casos de AVC seja controlar os fatores de risco, quando essa situação já está posta, também é possível minimizar as ocorrências de óbitos por AVC por meio de um atendimento rápido e eficaz dispensado pelos centros

hospitalares habilitados a atender situações de urgência aos pacientes com AVC (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

Para conseguir a habilitação, é necessário que os hospitais atendam a alguns requisitos impostos pela portaria e, assim, recebam incentivo financeiro. Dentre esses requisitos, estão o número de leitos disponíveis em unidades clínicas e de terapia intensiva, o atendimento de urgência disponível 24 horas por dia, a possibilidade de realização de exames 24 horas por dia, uma equipe capacitada e a existência de protocolos clínicos e assistenciais (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

Quando um paciente chega a uma unidade de atendimento de urgência com sinais e sintomas característicos de um AVC, tem-se como prioridade a estabilização hemodinâmica imediata. Além disso, o uso de escalas para verificar o grau de comprometimento funcional, a averiguação se o evento é primário ou uma recidiva, e o levantamento das complicações associadas auxiliam no prognóstico desse paciente (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013c).

Pode-se dizer que o tratamento de AVC, em unidades específicas de AVC, pode reduzir a mortalidade em 17%, a dependência em 25% e a institucionalização em até 24%, além de estar associado à redução dos dias de internação de dois a 10 dias. Esse fato se deve principalmente à equipe especializada e ao baixo tempo de permanência no leito hospitalar, em média sete dias (MOURA, CASULARI, 2015).

Protocolos para atendimento ao AVC também são fundamentais para a sobrevivência dos pacientes. É necessário que todos os serviços envolvidos na Linha de Cuidados em AVC participem da construção e da uniformização dos cuidados aos pacientes, além de permitir o acesso de todos às terapias necessárias nas diversas complexidades (CONITEC, 2016).

O protocolo para o atendimento ao AVC do Hospital Sírio Libanês (2018) reforça que a intervenção deve ser adequada, bem estruturada e imprescindivelmente rápida, a fim de reduzir a mortalidade e a morbidade dos pacientes. O início do protocolo se dá ainda na fase de identificação do AVC como qualquer déficit neurológico súbito, fraqueza muscular, dificuldade para falar, perda de equilíbrio, cefaleia, entre outros.

Outro protocolo, do estado do Espírito Santo (2018), refere que identificar o início dos sinais de AVC é de extrema importância, uma vez que se isso se der em um tempo menor do que 4,5 horas, há necessidade de o paciente ser encaminhado para o hospital de referência em caráter de emergência. Se os sinais aparecerem em mais do que 4,5 horas e em menos de 24 horas, o paciente deve ser levado para internação em unidade hospitalar de referência para o AVC. Em mais do que 24 horas, o paciente pode ser internado em um hospital geral.

O uso de terapia trombolítica intravenosa com alteplase na fase aguda do AVC isquêmico, melhorando o fluxo sanguíneo local, tem sua eficácia comprovada por meio de evidências científicas, porém ela deve ser administrada em até, no máximo, quatro horas, o que infelizmente atinge entre 5% e 10% das pessoas que têm AVC. Isso reforça a necessidade de outras medidas no atendimento, como estabilização dos sinais vitais, glicemia e prevenção de edema cerebral (MOURA, CASULARI, 2015).

Antes da alta hospitalar, os pacientes devem receber orientações e material escrito com informações sobre a doença, o modo de preveni-la, além dos cuidados necessários para a sua reabilitação, de forma a incluir os cuidadores nesse momento. Faz-se necessário, também, o encaminhamento do paciente para acompanhamento multiprofissional na fase de reabilitação e a continuidade do tratamento (HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, 2018).

Essa orientação vai ao encontro do estabelecido pelo Ministério da Saúde para os pacientes com AVC, uma vez que se preconiza que, na alta hospitalar, o paciente deve ser orientado sobre sua condição de saúde, com todos os encaminhamentos para a equipe multiprofissional responsável pelo processo de reabilitação, bem como receber orientações para os cuidados domiciliares (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013c).

1.2 GERENCIAMENTO DE CASO PARA DOENÇAS CRÔNICAS

A ampla variedade de déficits neurológicos aumenta a magnitude da problemática imposta pelo AVC. Assim, diante das inúmeras manifestações clínicas provenientes da doença, a equipe de saúde, em especial o enfermeiro, tem o dever de planejar e de implementar um plano de cuidados que contemple todas as necessidades apresentadas pelo paciente e colabore com a sua reabilitação (NUNES; FONTES; LIMA, 2017).

Cabe ao profissional de saúde a implementação de um plano individualizado, de modo a estimular o paciente a se tornar o protagonista principal de seu tratamento. Além disso, tal ação proporciona apoio e respeito mútuo entre usuários e equipe (SOUZA et al., 2015).

Dentre os vários modelos de cuidado, os mais utilizados para as doenças crônicas são o Modelo de Cuidado Crônico (CCM), introduzido em 1990 por um instituto dos Estados Unidos com o objetivo de prestar o atendimento com elementos de equipe de saúde, autogestão e apoio à decisão, e o Cuidado Inovador para Condições Crônicas (ICCC), criado pela Organização Mundial de Saúde, baseia-se na crença de que pacientes, familiares e

profissionais de saúde trabalham juntos em prol de resultados positivos no controle das doenças crônicas (ULBRICH et al., 2017).

No Brasil, considerando a singularidade do sistema público de saúde, foi proposto um Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) para SUS, com base no Modelo de Atenção Crônica, proposto por Wagner, no Modelo de Determinação Social da Saúde, de Dahlgren e Whitehead e no Modelo de Pirâmide de Risco (MENDES, 2012).

Para a construção do MACC para o SUS, utilizou-se como base o Modelo de Pirâmide de Risco, criado pela Kaiser Permanente, o qual identifica três níveis de intervenções de acordo com a complexidade da condição crônica. A organização das pessoas usuárias, segundo as diferentes complexidades, permite orientar as intervenções em relação aos grupos de risco e utilizar mais racionalmente os recursos humanos, concentrando-os nos grupos de maiores riscos (MENDES, 2012).

Sua lógica está em promover a saúde de toda a população, de estruturar as ações de autocuidado apoiado para os portadores de condições de saúde mais simples, de ofertar a gestão da condição de saúde para as pessoas que tenham uma condição estabelecida e de manejar os portadores de condições de saúde muito complexas por meio da tecnologia de gestão de caso (MENDES, 2011).

A necessidade de reduzir a fragmentação e a descontinuidade do cuidado fez com que o gerenciamento de caso fosse instituído em alguns países, sendo utilizado principalmente para condições complexas e doenças crônicas (MANTOVANI et al., 2019).

Esse modelo de cuidado já vem sendo usado nos Estados Unidos por empresas de seguro de saúde que adotam programas de gerenciamento para a atenção primária, visando desenvolver um plano de assistência abrangente, com implementação a longo prazo, com avaliação do estado clínico do paciente e cumprimento das metas estabelecidas, além da certeza de serem protocolos baseados em evidência. Isso exige uma comunicação de qualidade entre profissionais de saúde e pacientes, tornando-os parceiros nas decisões tomadas acerca de seu cuidado (BOULT; WIELAND, 2010).

Na Inglaterra, o Departamento de Saúde também adota o gerenciamento de caso nos atendimentos. Quando a pessoa com condição crônica entra em contato com o profissional de saúde e tem seu plano de cuidados montado, metas pactuadas e avaliações posteriores, o paciente torna-se corresponsável pela sua condição de saúde (NEWBOULD et al., 2012).

No Brasil, o gerenciamento de caso já é utilizado em empresas privadas de saúde, porém o uso é ainda incipiente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O acompanhamento

continuado e o planejamento de cuidados individualizado pode ser um método efetivo para atuar na prevenção da exacerbação de doenças crônicas (SILVA et al., 2019).

Alguns estudos já comprovaram a eficácia do gerenciamento de caso, como nos Estados Unidos e na Coréia do Sul, quando demonstraram resultados positivos em pessoas com hipertensão, hiperglicemia e hiperlipidemia. Um estudo randomizado, realizado no Brasil, com acompanhamento de enfermagem, pelo período de 12 meses para pacientes hipertensos apresentou efeito positivo na redução dos níveis pressóricos, índice de massa corporal e circunferência abdominal (ISHANI et al., 2011; KIM et al., 2014; SILVA et al., 2019).

Nesse sentido, visando ao acompanhamento e ao desenvolvimento de ações educativas, o gerenciamento de caso é um modelo de cuidado interdisciplinar que deve ser organizado de modo individualizado para pacientes complexos (pacientes de alto custo, com readmissões recorrentes, fatores socioeconômicos de risco em populações que requeiram serviços de alta complexidade e volume de recursos). Tais demandas integram a qualidade e o custo, com estrutura organizada para prestação do cuidado, que ultrapassa as fronteiras geográficas. Assim, acredita-se que esse modelo melhora a qualidade do cuidado e a abrangência dos serviços (CASARIN, 2000).

Dessa forma, o gerenciamento de caso é definido por Case Management Society of America (2016) como um processo colaborativo o qual almeja atender as necessidades de saúde não só do paciente, mas também de sua família, por meio de avaliação, planejamento, facilitação, coordenação de cuidados e avaliação de serviços, além de utilizar a comunicação e a análise dos recursos disponíveis.

Para Mendes (2012), o gerenciamento de caso pode ser compreendido como um processo desenvolvido entre o gerente de caso e uma pessoa com uma condição de saúde complexa, de modo a envolver também sua rede de suporte social cooperativamente, a fim de planejar, monitorar e avaliar as necessidades de saúde da pessoa, com o objetivo de aumentar a qualidade de vida e favorecer a autonomia individual e familiar.

Neste estudo, o gerenciamento de caso foi entendido como um processo interativo entre o gerente de caso e a pessoa pós-AVC, mediante autorização desta e de sua família para a enfermeira pesquisadora avaliar, identificar, planejar e pactuar metas de acompanhamento e orientações de saúde, além de encaminhar para equipe multiprofissional e utilizar os equipamentos de saúde disponíveis na comunidade.

Dessa forma, o gerenciamento de caso para ser cumprido, necessita que sete etapas sejam cumpridas, as quais são descritas pelo *Department of Family and Community Services*

do estado de *New South Wales*, na Austrália: Compromisso, Avaliação, Planejamento, Implementação, Monitoramento, Revisão e Encerramento.

A primeira etapa contempla o compromisso do profissional em estabelecer uma relação de confiança com o paciente e sua família. A segunda, acerca da avaliação, refere-se ao processo de capturar informações necessárias para a terceira etapa do planejamento, responsável pela pactuação de metas, ações e determinações de prazos. (*DEPARTMENT OF FAMILY AND COMMUNITY SERVICES, 2010*).

A quarta etapa, implementação, é o momento para colocar em prática o plano desenvolvido a fim de atingir as metas estabelecidas. A seguir, surge a quinta etapa, a de monitoramento, capaz identificar a necessidade de ajustes nas ações e metas planejadas. A etapa 6 contempla o processo de revisão, a qual permite a reflexão de todos os elementos do plano. Por fim, a sétima etapa, o encerramento, constitui-se no encerramento do gerenciamento de caso, com direcionamento do paciente para a continuidade do cuidado na rede de atenção (*CASE MANAGEMENT SOCIETY OF AMERICA, 2016; DEPARTMENT OF FAMILY AND COMMUNITY SERVICES, 2010*).

Na prática, o gerenciamento de caso promove um contato programado dos usuários com o sistema de saúde, acesso facilitado ao esclarecimento de dúvidas via telefone, apoio para o autocuidado, uso de protocolos para rastreamento de complicações crônicas, orientação e apoio para uso dos recursos disponíveis no sistema de saúde e consultas agendadas com profissionais especialistas. Além disso, estratégias que oferecem suporte ao autogerenciamento da doença crônica, bem como o acesso aos recursos e à continuidade da assistência são considerados elementos fundamentais no cuidado a pessoas com essas condições (SCHILLINGER et al., 2009).

Uma vez que os pacientes com doenças crônicas não possuem habilidades para autogerir sua saúde, faz-se necessário que os profissionais forneçam o apoio por meio de cuidado planejado e integrado, a fim de evitar a evolução da doença. Portanto, é imprescindível que os profissionais adquiram habilidades específicas, e os serviços disponham de estrutura para implementar os modelos de atenção à saúde dessa população (MANTOVANI et al., 2019).

Além disso, é fundamental que os profissionais de saúde estabeleçam uma parceria com o paciente, de modo a reconhecer suas necessidades e especificidades, e assim elaborar e utilizar um plano de cuidado singular, com avaliações constantes (ULBRICH et al., 2017).

Dessa forma, para a realização do gerenciamento de caso, é necessário um gestor do caso, o qual tem como papel de assistir a pessoa com uma condição crônica complexa e seus

familiares. Além disso, o gerenciamento de caso objetiva prover o serviço certo à pessoa certa, aumentar a qualidade do cuidado e diminuir a fragmentação da atenção à saúde. Nesse sentido, os enfermeiros, devido ao seu conhecimento clínico, sua habilidade para oferecer cuidado holístico e atuar em favor do paciente, são profissionais indicados para conduzirem o gerenciamento de casos de pessoas com condições crônicas de saúde (CASARIN, 2000; MENDES, 2012).

No processo de reabilitação do AVC, as ações dos enfermeiros são fundamentais para a adaptação às limitações e para prestar cuidados necessários a cada paciente e sua família, principalmente no âmbito funcional, motor, psicossocial e espiritual, em busca da independência do paciente pós-AVC. Além disso, o enfermeiro é um elo importante entre os profissionais da equipe multidisciplinar, os serviços de saúde, o paciente, a família e a comunidade, trabalhando em busca do no processo de reabilitação (CAVALCANTE et al., 2018).

Sendo assim, o gerenciamento de caso pode representar uma alternativa de cuidado a ser utilizado pelo enfermeiro, pois os resultados positivos dessa estratégia já são reconhecidos: evita problemas potenciais, com a adoção de medidas preventivas; evita os casos de urgência por agudização da condição crônica; diminui as hospitalizações desnecessárias; evita as internações sociais; provê um contato duradouro e humano com as pessoas; e monitora as intervenções médicas, reduzindo os eventos adversos (MENDES, 2012).

Para o enfermeiro, coordenador do cuidado, é necessário conhecimento clínico, experiência, versatilidade, proatividade e comprometimento com a qualidade do cuidado prestado de maneira holística ao paciente. As ações do enfermeiro, nesse processo, envolvem a avaliação do paciente e de seus cuidadores, a identificação das dificuldades e facilidades a fim de auxiliar no desenvolvimento do plano de cuidados individualizado, bem como oferecer educação em saúde voltada para orientações sobre a doença e suas implicações, adesão ao tratamento, formas de prevenir novos episódios de AVC e complicações mais severas (CAVALCANTE et al., 2018).

Nesse sentido, a presente pesquisa tem como tese que o gerenciamento de caso conduzido pelo enfermeiro auxilia na redução de fatores que podem causar novos episódios de AVC nos seis primeiros meses pós-alta hospitalar.

Ao se considerar o impacto econômico e social do AVC, que ele pode causar danos permanentes, que novos episódios estão sujeitos a ocorrer no primeiro ano pós o evento agudo, que o gerenciamento de caso é indicado para condições complexas de saúde, que as

ações para reduzir episódios recorrentes podem ser percebidas como adjuvantes ao tratamento clínico, que o enfermeiro pode auxiliar na recuperação e na prevenção de novos episódios, além de incentivar que as pessoas acometidas atuem em seu tratamento, surge a questão de pesquisa: o gerenciamento de caso conduzido por enfermeiro pode colaborar na manutenção dos níveis pressóricos dentro dos parâmetros da normalidade e no controle de outros fatores de risco para novos episódio de AVC?

1.3 OBJETIVOS

Avaliar o gerenciamento de caso conduzido por enfermeiro na manutenção dos níveis pressóricos dentro dos parâmetros da normalidade e no controle de outros fatores de risco para novos episódios de AVC;

Descrever a percepção das pessoas pós-AVC quanto ao acompanhamento por enfermeiro gerente de caso.

2 MÉTODO

2.1 DELINEAMENTO E TIPO DE ESTUDO

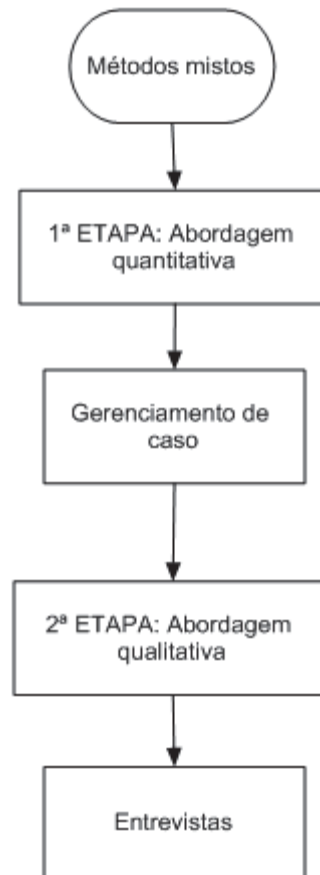
Trata-se de um estudo de métodos mistos com delineamento longitudinal. Em um estudo longitudinal, o pesquisador acompanha os indivíduos (participantes da pesquisa) a fim de analisar as variações nas características dos mesmos elementos amostrais por um determinado tempo (MARTINS et al., 2014). Nesta pesquisa, os participantes foram acompanhados pelo enfermeiro/pesquisador por meio do método de gerenciamento de caso em um período de seis meses.

Métodos mistos combinam estratégias de abordagens quantitativas e qualitativas de pesquisa em uma mesma investigação, as quais podem ser implementadas simultaneamente ou separadamente. A utilização desse método de estudo se dá há bastante tempo em pesquisas na área da saúde e da enfermagem, uma vez que possibilita a investigação de fenômenos complexos com uma exploração mais profunda do fenômeno investigado (SANTOS et al., 2017; DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007).

A estratégia utilizada nesta pesquisa foi a explanatória sequencial, a qual é caracterizada pela coleta e análise dos dados quantitativos, seguida pela coleta e análise de dados qualitativos, e os dois métodos são integrados durante a fase de interpretação do estudo. O objetivo dessa estratégia é o de usar resultados qualitativos para auxiliar na explicação e na interpretação de resultados do estudo quantitativo, o que neste estudo coincide com as entrevistas de respostas abertas na sequência das respostas fechadas advindas do gerenciamento de caso (CRESWELL, 2007).

Desse modo, na presente pesquisa, foram executadas duas etapas. A primeira, de abordagem quantitativa, realizada por meio do gerenciamento de caso, e a segunda, de abordagem qualitativa, desenvolvida com o auxílio de entrevistas semiestruturadas (FIGURA 1).

FIGURA 1 – FLUXOGRAMA SOBRE TIPO DE ESTUDO. GUARAPUAVA, PR, 2018.



FONTE: O autor (2019).

2.2 PERÍODO DO ESTUDO

A pesquisa aconteceu no período de março de 2016 a dezembro de 2019, com coleta de dados realizada de janeiro de 2018 a março de 2019.

2.3 LOCAL DO ESTUDO

O acompanhamento de enfermagem, por meio do gerenciamento de caso, foi realizado no domicílio dos participantes.

O recrutamento dos participantes aconteceu em duas instituições hospitalares (A e B) no município de Guarapuava, localizado na região centro sul do Estado do Paraná, que conta com aproximadamente 167.328 habitantes, destes: 36.281 com idade de 0 a 17 anos, em média 21,7%; 115.139 de 18 a 59 anos, o que equivale a 69% da população; 15.908 com 60

anos ou mais, cerca de 9,5% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Os dois hospitais caracterizam-se como instituições filantrópicas e de cunho generalista, por esse motivo têm obrigatoriamente 60% de atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), entretanto, esse percentual atinge atualmente os 70%. São hospitais de grande porte com características distintas.

O hospital A é de grande porte, conta com estrutura para atender procedimentos de média complexidade e possui habilitação em alta complexidade nas especialidades de cardiologia (cardiovascular, cirurgia cardiovascular, cardiologia intervencionista, vascular), neurologia/neurocirurgia e oncologia, tornando-se, assim, referência para os 19 municípios da 5ª Regional de Saúde e abrangendo uma população de 450.000 habitantes (HOSPITAL SÃO VICENTE, 2017).

O hospital B é de médio porte, sendo referência para traumatologia em toda a região dos 19 municípios da 5ª Regional de Saúde (INSTITUTO VIRMOND, 2017).

Para o suporte ao gerenciamento de caso, com encaminhamento para nutricionista, fisioterapeuta, consultas médicas e dispensação de medicamentos, a pesquisa contou com o serviço prestado pela Secretaria Municipal de Saúde de Guarapuava. A estrutura do serviço de assistência municipal à saúde é composta por 33 equipes de Estratégias Saúde da Família (ESFs), dessas, duas são Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), duas Unidades de Atendimento 24 horas, denominada Urgência do Trianon e Urgência do Primavera, e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (MUNICÍPIO DE GUARAPUAVA, 2017).

2.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Todos os pacientes diagnosticados com AVC ou AIT que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão e que deram entrada nas instituições hospitalares dentro dos nove meses destinados ao recrutamento (de janeiro a outubro de 2018), totalizando 17, foram convidados a participar do estudo. Destes, 15 aceitaram participar e compuseram a amostra. Antes da segunda visita domiciliar, um participante desistiu voluntariamente; portanto, a pesquisa foi concluída com 14 participantes.

2.4.1 Critérios de inclusão

- a) Ter recebido diagnóstico médico de AIT ou AVC isquêmico na entrada dos serviços hospitalares, com pontuação máxima de quatro na escala de Rankin;
- b) Possuir diagnóstico de hipertensão arterial;
- c) Ser adulto com idade entre 18 e 64 anos;
- d) Residir no município de Guarapuava.

2.4.2 Critérios de exclusão

- a) Intenção de mudar de domicílio durante o período de acompanhamento.

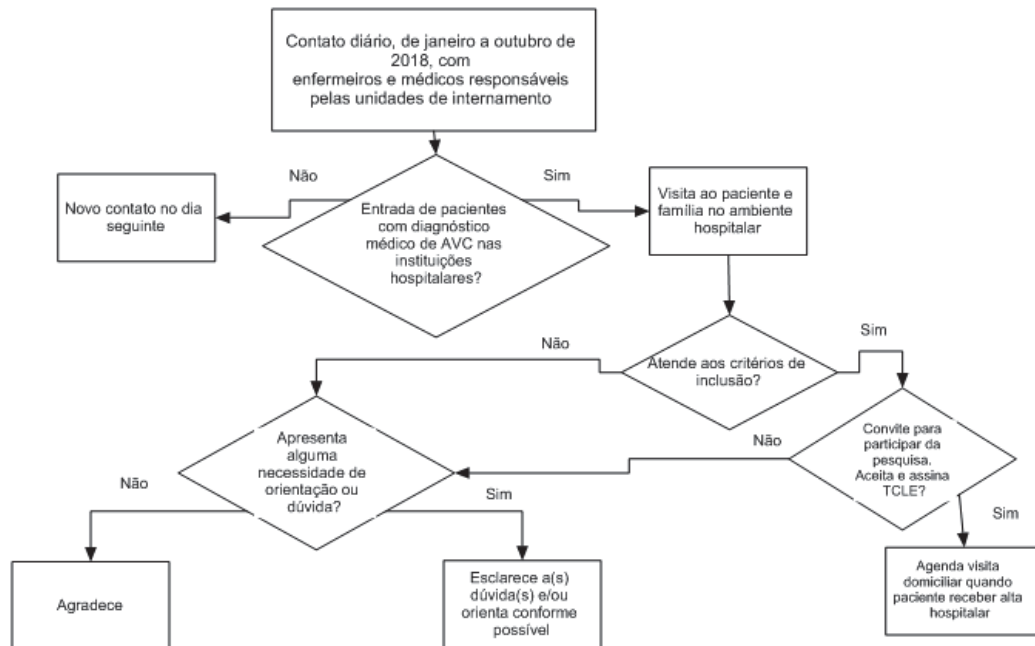
2.4.3 Critérios de descontinuidade

- a) Desistência voluntária da participação na pesquisa;
- b) Mudança do participante para outro município.

Para o recrutamento dos participantes da pesquisa, foi feito o reconhecimento dos prováveis participantes a partir de contatos diários, por telefone, com enfermeiros e médicos responsáveis pelo internamento e/ou visitas nos hospitais, sobre pacientes com diagnósticos médicos de AVC ou AIT. Em caso positivo para internamento de paciente adulto com AVC, a pesquisadora se deslocava até à unidade hospitalar onde estava o possível participante para então conferir o seu enquadramento nos critérios de inclusão e exclusão.

Após atender aos critérios da pesquisa, estabelecia-se contato com os participantes e familiares e, posteriormente, era feito o convite para compor a amostra da pesquisa. A partir do aceite, a visita domiciliar era agendada assim que o participante recebesse alta hospitalar. As etapas do recrutamento dos participantes estão ilustradas na Figura 2.

FIGURA 2 – FLUXOGRAMA DE RECRUTAMENTO DOS PARTICIPANTES. GUARAPUAVA, PR, 2018.



FONTE: O autor (2018).

2.5 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Para a realização do gerenciamento de caso, foram utilizados os instrumentos Escala de predição de complicações da Hipertensão Arterial Ulbrich e Mantovani (Epchaum), Questionário de adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica (QATHAS), Escala de Rankin de Evolução Funcional após AVC e Escala do National Institutes of Health Stroke (NIHSS) a fim de permitir a coleta de dados, os quais subsidiaram o plano de cuidados elaborado pelo gerente de caso conjuntamente com o participante.

2.5.1 Escala de predição de complicações da Hipertensão Arterial Ulbrich e Mantovani (Epchaum)

Essa escala foi elaborada por Ulbrich et al. (2017) durante um projeto de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR) que estudou hipertensos na rede pública de saúde. Foi desenvolvida com vistas a prever o aparecimento de complicações da HAS e propor ações para o gerenciamento do cuidado, as quais se baseiam na classificação de risco do paciente (ANEXO 1).

Tal escala é composta por duas partes. A primeira possui variáveis preditoras como idade, sexo, tabagismo, tempo de diagnóstico, classificação de risco, número de medicamentos em uso e depressão. A pontuação varia de 0 a 100. Um valor até 50 indica baixo risco de desenvolver uma complicação, com a probabilidade menor do que 25%. De 51 a 67 pontos tem-se moderado risco e probabilidade de 25% a 49,9%. De 68 a 82 pontos na escala, o risco de desenvolver complicação é alto e a probabilidade é de 50% a 74,9%, e mais do que 82 pontos o risco é muito alto e a probabilidade é de 75% ou mais.

Na segunda parte, são apresentadas as ações de gerenciamento do cuidado baseadas na classificação de risco. São recomendadas consultas médicas, de enfermagem, equipe multidisciplinar, visitas domiciliares, atividades de educação em saúde, contato telefônico, pactuação de metas e posterior reclassificação.

2.5.2 Questionário de adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica (QATHAS)

Esse questionário foi criado no Programa de Doutorado em Saúde Coletiva UECE/UFC/UNIFOR com o uso da Teoria da Resposta ao Item (TRI), a qual é construída item a item e não considera somente a soma dos itens corretamente marcados. Por conta disso, os autores disponibilizaram uma forma de calcular o resultado por via eletrônica.

É um instrumento hábil de avaliação da adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico da HAS e sua utilização torna possível traçar um plano individual de melhorias para cada usuário, além de facilitar a detecção e aferição do cumprimento à terapêutica prescrita, de forma a viabilizar o estabelecimento de metas a serem alcançadas. O preenchimento do QATHAS é bastante simples: basta dar um clique na resposta em todos os itens e enviar. Ao final, obtém-se o resultado conforme a pontuação atingida, a qual varia de 60 a 110. Quanto menor o valor do resultado, menor a adesão ao tratamento (ANEXO 3) (RODRIGUES, MOREIRA, ANDRADE, 2014).

Para esta pesquisa, as respostas dos participantes ao referido questionário foram anotadas em papel comum para posterior transferência das informações ao sistema eletrônico, a fim de obter o resultado correspondente.

2.5.3 Escala de Rankin de Evolução Funcional após AVC

Essa escala foi construída, em 1957, por J. Rankin, com a finalidade de mensurar o grau de incapacidade e de dependência dos pacientes acometidos por AVC em suas atividades da vida diária (ANEXO 2). A Escala de Rankin é utilizada para determinar o nível de comprometimento neurológico, com níveis de evidência de confiabilidade clinicamente aceitáveis e de boa aplicabilidade (CANEDA et al., 2006).

A escala original é dividida em seis graus: o grau zero corresponde aos indivíduos sem sintomas residuais ou incapacidade e o grau cinco aos indivíduos com incapacidade grave, restritos ao leito ou à cadeira e geralmente incontinentes. Posteriormente, a escala foi modificada para acréscimo do grau seis, o qual corresponde à morte. A escala é de rápida e fácil aplicação e apresenta confiança substancial, o que indica uma confiabilidade clinicamente satisfatória (BRITO et al., 2013).

2.5.4 Escala do National Institutes of Health Stroke (NIHSS)

A escala do *National Institutes of Health Stroke* (NIHSS), desenvolvida pelos Institutos da Saúde norte-americano, constitui-se em um instrumento para a fase aguda do AVC como um indicador do tamanho e da gravidade da lesão, bem como do prognóstico de pacientes acometidos por AVC. Essa escala é composta por 11 itens, sendo cada um deles mensurável de acordo com o déficit apresentado. A pontuação total varia de 0 a 34 (ANEXO 4). Aproximadamente 60% a 70% dos pacientes com AVC isquêmico agudo apresentam pontuação 20. Quanto menor a pontuação, melhor o prognóstico do paciente (BRITO et al., 2013).

2.5.5 Entrevista

Na entrevista semiestruturada o pesquisador faz perguntas predeterminadas, porém questões vão surgindo ao longo da conversa a fim de extrair visões e opiniões dos participantes (CRESWELL, 2007), neste estudo ela foi composta por duas questões pré-definidas: como foi para o senhor (a) todo esse processo de adoecimento que culminou em um acidente vascular cerebral? E o que o senhor (a) sentiu em ter um enfermeiro acompanhando-o e orientando-o em algumas atividades?

2.6 COLETA DE DADOS

2.6.1 Primeira etapa: GERENCIAMENTO DE CASO

Na primeira etapa, referente à abordagem quantitativa, foi realizada a intervenção com gerenciamento de caso conduzido por enfermeira com base na classificação de risco proposta pela Epchaum, com um acompanhamento por seis meses para cada participante. O gerenciamento de caso permitiu a coordenação da assistência, o estabelecimento de um plano de cuidados individualizado desenvolvido juntamente com o participante e uma constante avaliação das metas pactuadas para adaptações quando necessário (CASE MANAGEMENT SOCIETY OF AMERICA, 2010).

Segundo Guimarães e colaboradores (2002), o plano de cuidados de enfermagem é um instrumento que auxilia o enfermeiro no planejamento da assistência. Ele deve basear-se na individualidade das pessoas, pois essas possuem problemas distintos e necessidades específicas, as quais devem ser levadas em consideração pelo gerente de caso, que, nesta pesquisa, foi a pesquisadora.

O número de consultas de enfermagem foi definido de acordo com a Epchaum e adaptado conforme necessário. As consultas com outros profissionais foram agendadas na unidade de saúde referência para o participante, mediante o contato entre o gerente de caso e o enfermeiro responsável pela unidade, de acordo com as necessidades percebidas durante a consulta de enfermagem.

Para as consultas de enfermagem, foram construídos protocolos pela pesquisadora (APÊNDICES 1 e 2). Eles estão de acordo com o recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013a) nas “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica” e pela resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

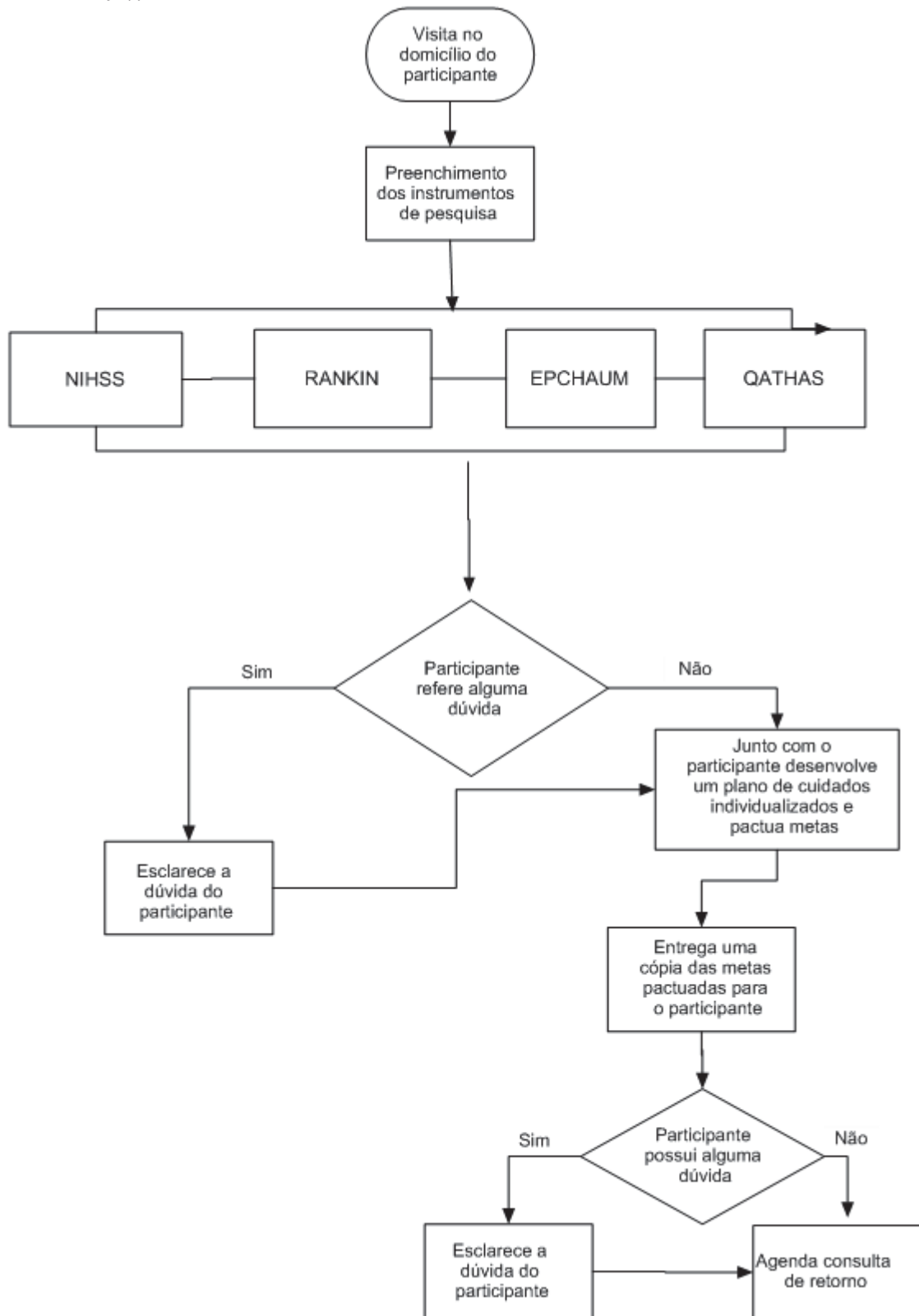
Tais consultas incluíram histórico, exame físico, diagnóstico das necessidades de cuidado, planejamento da assistência abrangendo a prescrição de cuidados e um plano terapêutico construído conjuntamente, além da implementação da assistência e da avaliação do processo de cuidado, que engloba a avaliação contínua e conjunta com a pessoa e os familiares em relação aos resultados do tratamento e do desenvolvimento ao longo do processo de cuidado. Todas as informações foram anotadas em espaço específico para esse fim no instrumento semiestruturado, o qual foi elaborado pelo Grupo de Estudos Multiprofissional em Saúde do Adulto (GEMSA) (APÊNDICE 3).

O objetivo da consulta de enfermagem, durante as visitas domiciliares, foi avaliar o participante, conhecer suas necessidades, coletar dados para a elaboração de um plano de cuidados individualizado, pactuar metas e realizar orientações pertinentes às dúvidas existentes. Cada consulta teve duração média de 40 minutos.

Na primeira consulta, a pesquisadora realizou o exame físico com aferição da pressão arterial e de medidas antropométricas, as quais foram registradas no mesmo instrumento; os participantes foram classificados pela Epchaum, foi avaliada a adesão ao tratamento por meio do QATHAS e utilizado o instrumento semiestruturado para anamnese, coleta de dados sociodemográficos, variáveis clínicas e hábitos de vida. Foi aplicada, também, a Escala de Rankin, para avaliar a funcionalidade do paciente pós-AVC, bem como a escala NIHSS, a fim de identificar a gravidade da lesão e estabelecer o prognóstico de pessoas acometidos por AVC.

Ao final da consulta, o enfermeiro, junto do participante, agendou a próxima consulta e as demais atividades previstas de acordo com a classificação de risco. O processo da primeira consulta de enfermagem e das consultas seguintes, durante as visitas domiciliares, está apresentado nas Figuras 3 e 4 respectivamente.

FIGURA 3 – FLUXOGRAMA DA PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM. GUARAPUAVA, PR, 2017.



FONTE: O autor (2017).

FIGURA 4 – FLUXOGRAMA PARA AS CONSULTAS SEGUINTE DE ENFERMAGEM.
GUARAPUAVA, PR, 2019.

(continua)

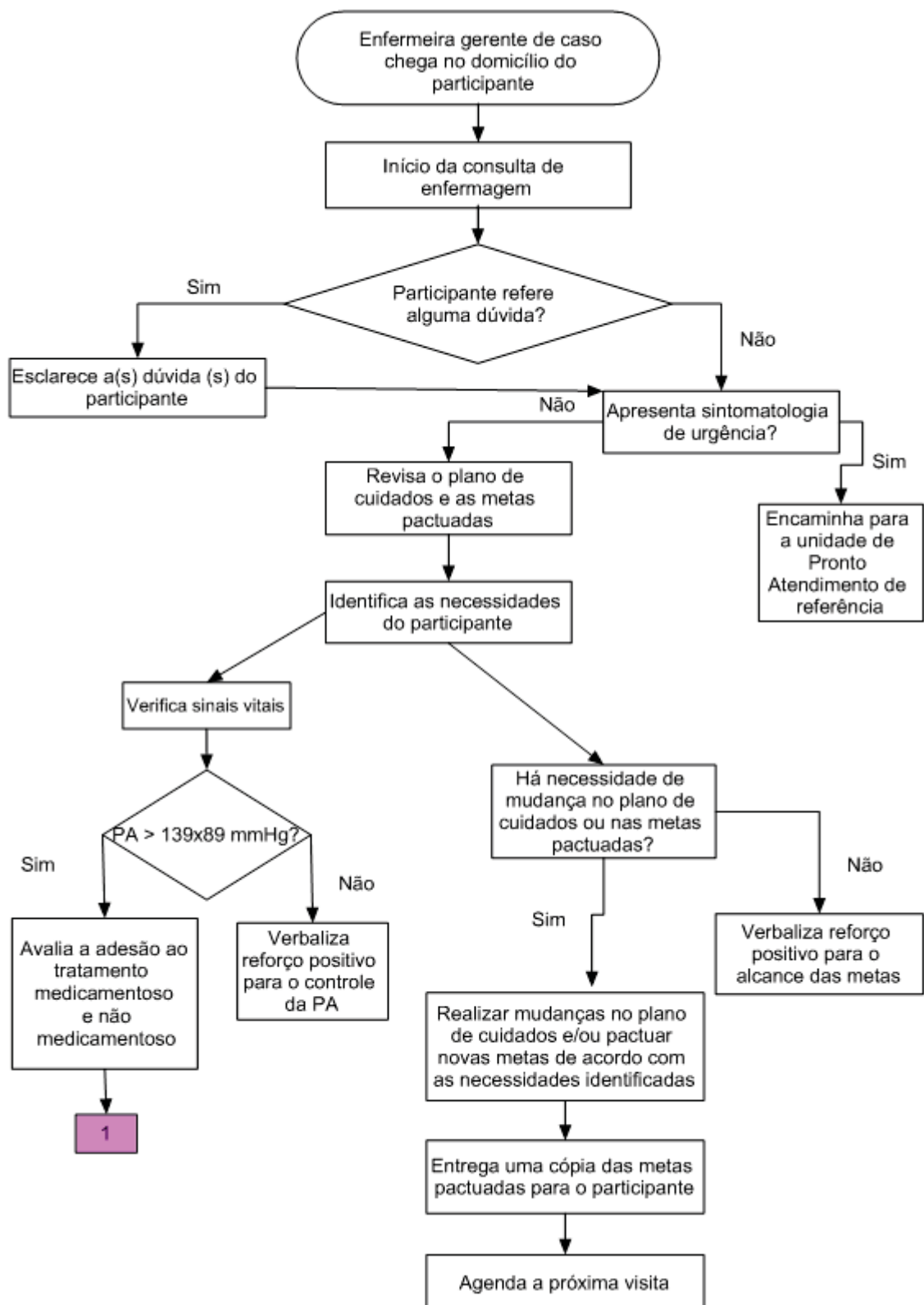
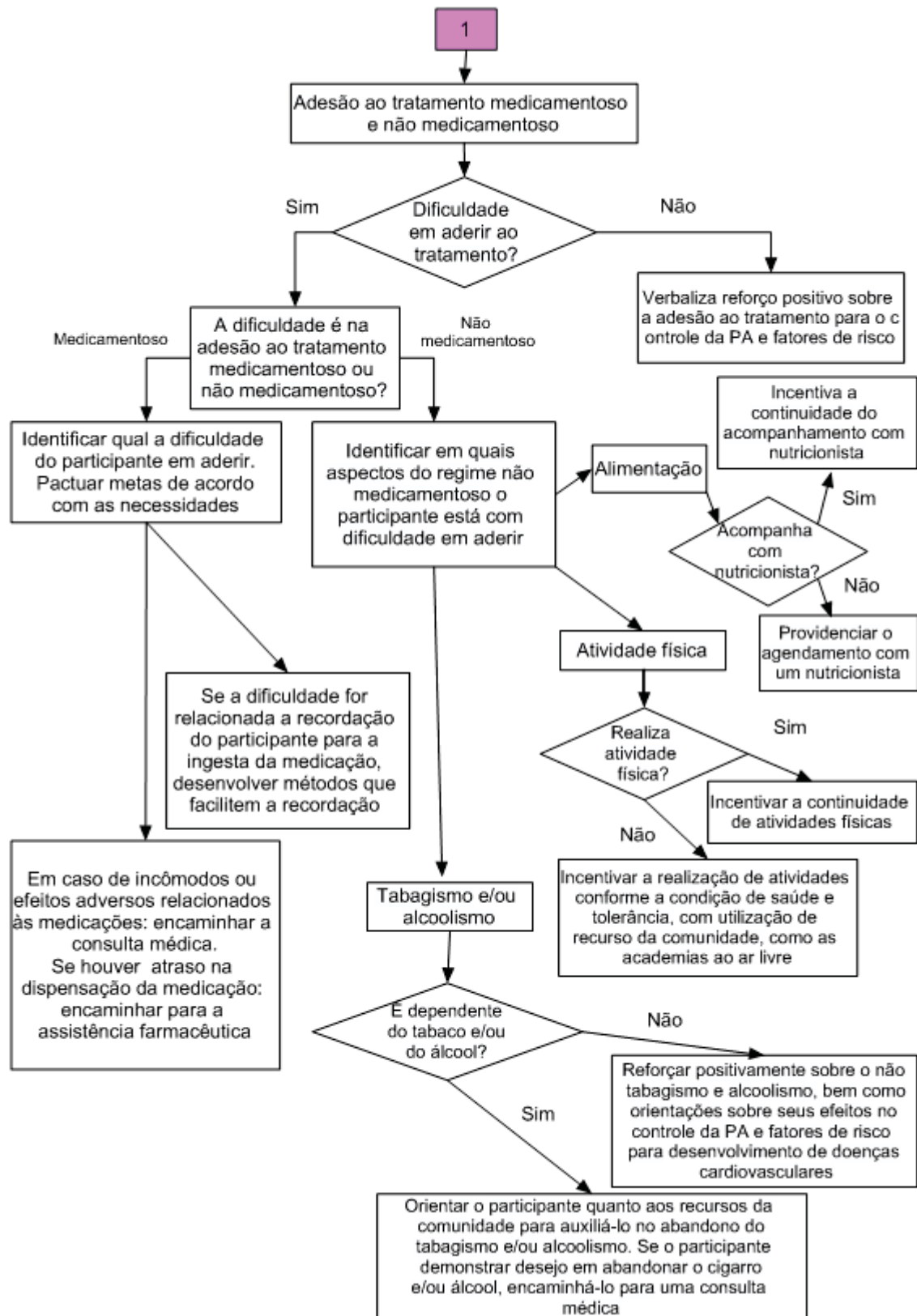


FIGURA 4 – FLUXOGRAMA PARA AS CONSULTAS SEGUINTE DE ENFERMAGEM.
GUARAPUAVA, PR, 2019.

(conclusão)



FONTE: Adaptado de Silva (2019).

Para o acompanhamento dos participantes (FIGURA 5) em relação às metas pactuadas e aos cuidados recomendados, foram realizadas visitas domiciliares, contato telefônico e, conforme as necessidades apresentadas pelos pacientes, ações educativas individualizadas no momento da consulta de enfermagem nas visitas domiciliares (APÊNDICE 4), além da aplicação do questionário QATHAS, Escala de Rankin e NIHSS. Ressalta-se que a Epchaum não foi aplicada na 2ª e 3ª visitas, uma vez que seu objetivo era definir as estratégias de acompanhamento de acordo com a classificação do participante.

Ao considerar a complexidade da condição clínica de cada paciente, com presença de incapacidades temporárias ou até mesmo permanentes, optou-se pela adaptação do número de visitas domiciliares para uma a cada dois meses, totalizando três visitas em seis meses para todos os participantes, independentemente do recomendado pela Epchaum para a sua classificação de risco. Além disso, também se optou pela adaptação do contato telefônico, sendo realizado mensalmente a todos os participantes (APÊNDICE 6).

Também foi solicitada orientação de assistente social para resolver problemas relativos a aposentadoria e benefícios; encaminhamentos para outros profissionais via contato com enfermeiras das unidades de saúde para agendamento das consultas para médicos, nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos, de acordo com a demanda apresentada pelo participante. Outros contatos telefônicos com familiares via ligação telefônica e/ou mensagens por aplicativo individualmente, também fizeram parte do acompanhamento pelo gerente de caso.

FIGURA 5 – FLUXOGRAMA DO ACOMPANHAMENTO DOS PARTICIPANTES GUARAPUAVA, PR, 2019.

(continua)

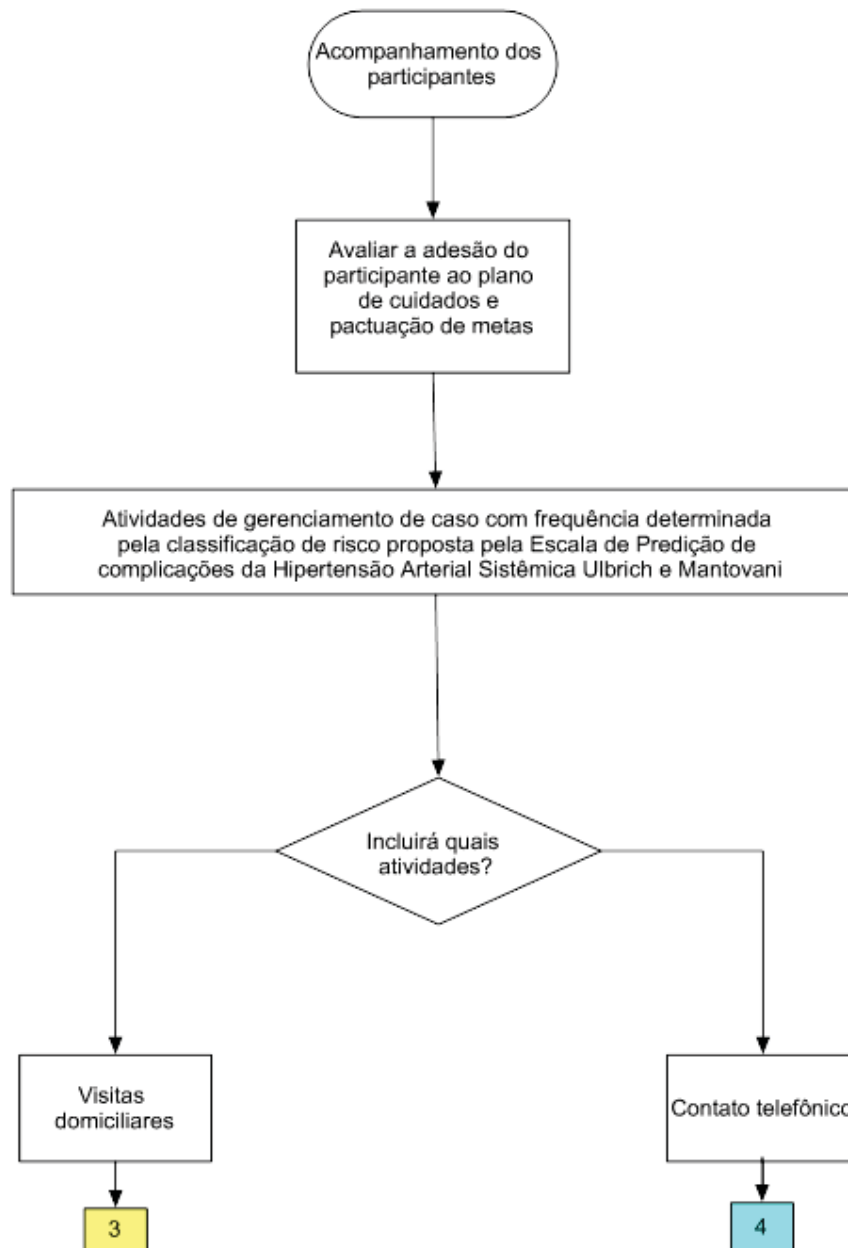


FIGURA 5 – FLUXOGRAMA DO ACOMPANHAMENTO DOS PARTICIPANTES GUARAPUAVA, PR, 2019.

(continuação)

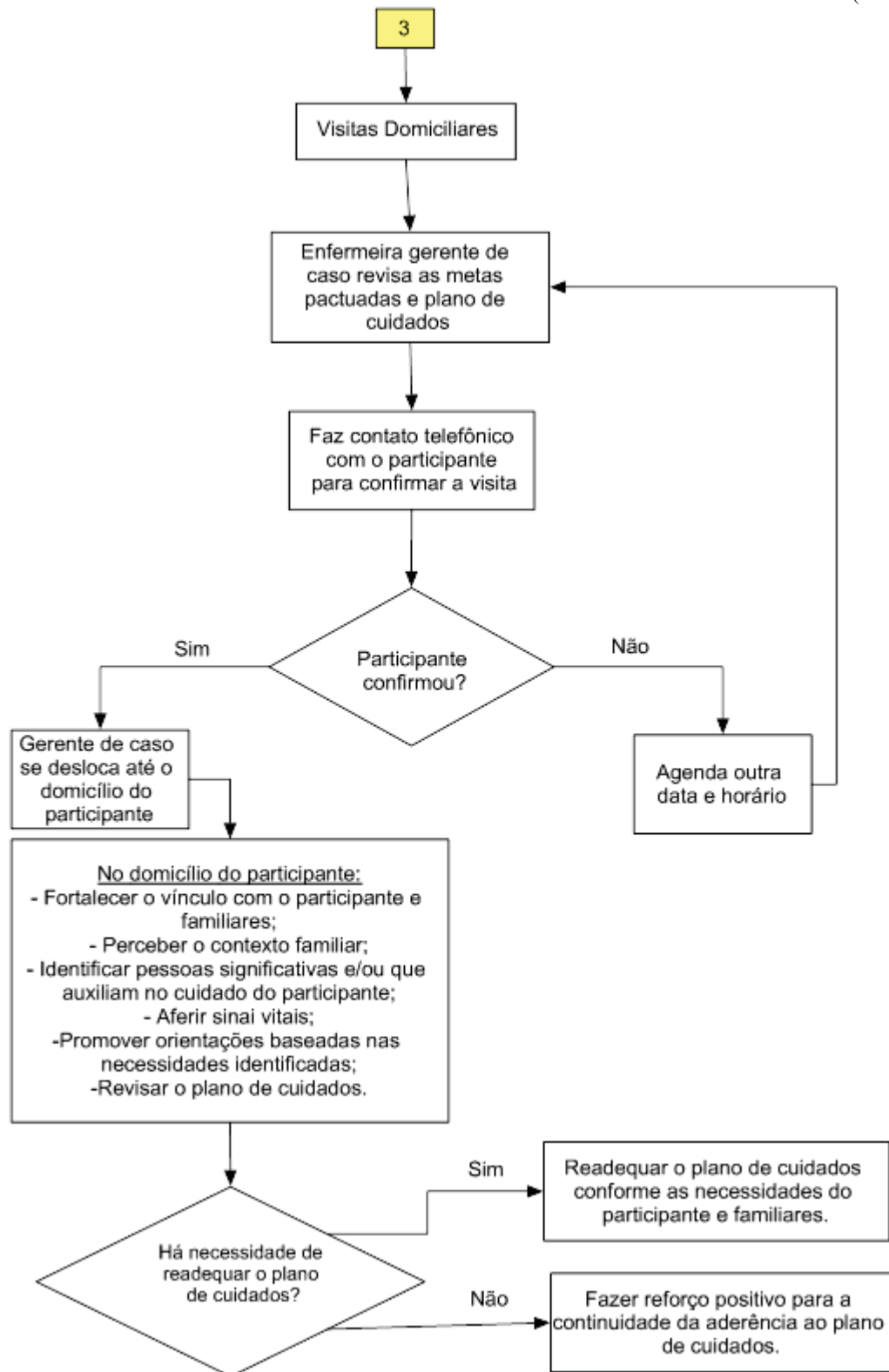
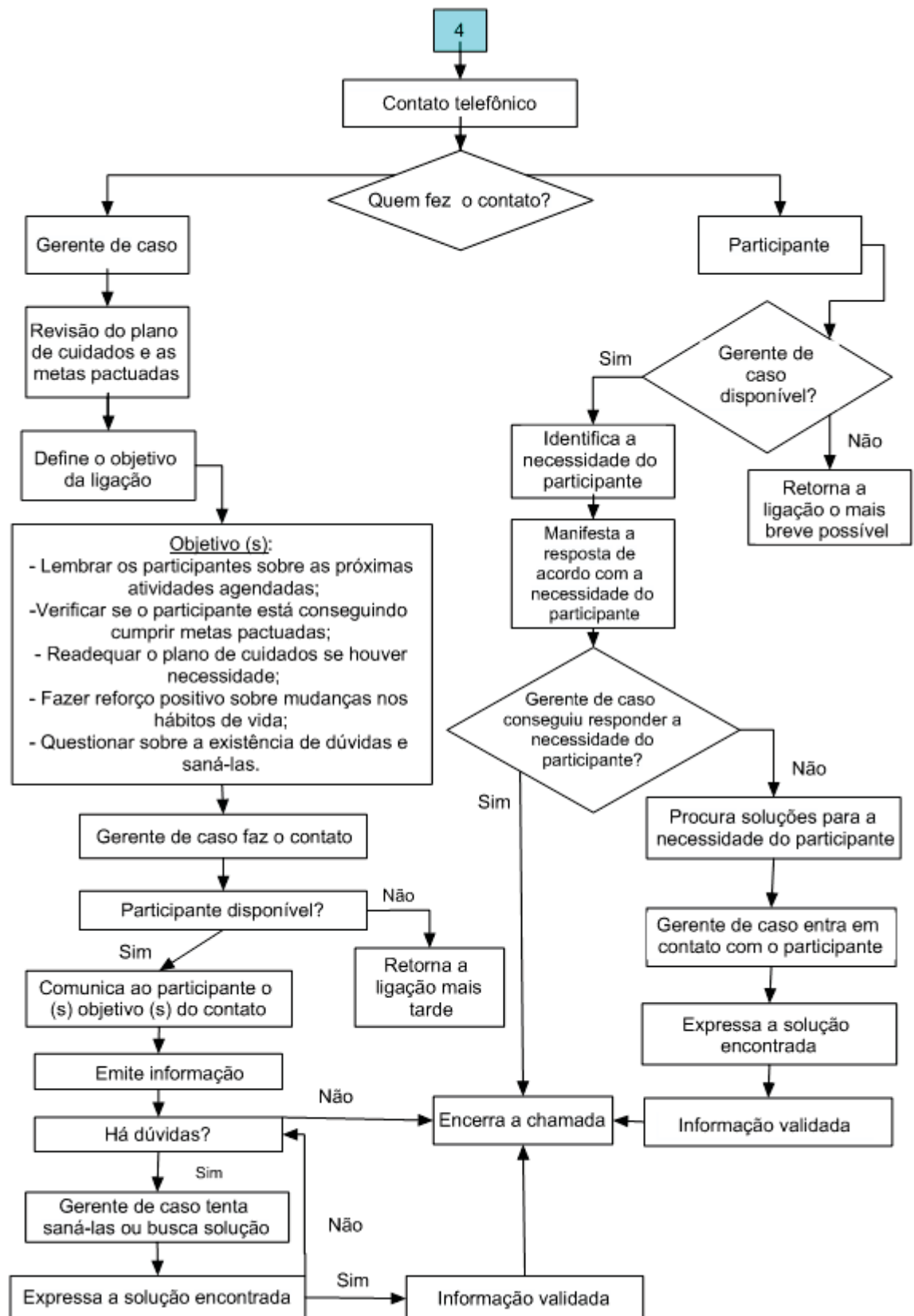


FIGURA 5 – FLUXOGRAMA DO ACOMPANHAMENTO DOS PARTICIPANTES GUARAPUAVA, PR, 2019.

(conclusão)



FONTE: Adaptado de Silva (2019).

2.6.2 Segunda etapa: ENTREVISTAS

Na segunda etapa, de abordagem qualitativa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas de sete a 30 dias após o término do gerenciamento de caso pela enfermeira pesquisadora, para apreender o significado do acompanhamento pelo enfermeiro nos cuidados de saúde pós-AVC. As duas questões abertas permitiram ao pesquisador uma avaliação da intervenção por ele realizada, além de levantar a percepção do participante sobre o contexto clínico em que se encontrava.

Apenas 13 participantes foram incluídos, uma vez que uma participante evoluiu a óbito 10 dias após a última visita do gerenciamento de caso, decorrente de um infarto agudo do miocárdio.

As entrevistas aconteceram no domicílio do participante, de acordo com a disponibilidade dele, com uma duração média de 15 minutos, sendo gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra e devolvidas aos participantes para comentários ou correções, conforme recomendações da *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ) (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

2.7 VARIÁVEIS DO ESTUDO

2.7.1 Variáveis sociodemográficas

Autodeclaradas:

- Idade: em anos completos, categorizados em 35 a 45, 46 a 55 e 56 a 65 anos.
- Estado conjugal: categorizado em: solteiro(a), casado(a) ou em união consensual e viúvo(a);
- Número de filhos: categorizado em um, de dois a quatro e mais do que quatro filhos.
- Escolaridade: categorizada em um a quatro, quatro a oito e mais de oito anos de estudo.
- Ocupação: categorizada em aposentado(a), exerce atividades do lar, recebe auxílio doença, autônomo(a), ativo com carteira assinada.
- Número de pessoas que moram na residência: categorizado em duas a três, de quatro a seis e mais do que seis pessoas.

- Renda familiar: em salários mínimos, categorizada em um a dois, de três a cinco e mais do que cinco salários mínimos.

- Sexo: categorizado em masculino ou feminino.

2.7.2 Variáveis clínicas

Autodeclaradas:

- Comorbidades: aberta, categorizada de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID – 10);

- Complicações: aberta, categorizada de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID – 10);

- Tempo de diagnóstico da hipertensão: categorizado em menos de um ano, entre um e cinco anos, entre seis e 10 anos e mais do que 10 anos.

- Número de hospitalizações nos últimos 12 meses: aberta, a contar desde o início da pesquisa.

- Motivo da hospitalização: aberta.

- Número de hospitalizações durante a pesquisa: aberta, a contar desde o início da pesquisa.

- Motivo da hospitalização: aberta.

- Número de medicações em uso (para a hipertensão e outros agravos): aberta, categorizada em: não usa, um, um a três, quatro a cinco e mais de cinco.

- Nome das medicações em uso (para hipertensão e outros agravos): aberta, com informações sobre o nome, posologia: manhã, tarde e noite, dose em miligramas e tempo de uso.

- Adesão ao tratamento medicamentoso: avaliada mediante a utilização do instrumento QATHAS (ANEXO 2).

- Diagnóstico de depressão: sim/não.

2.7.3 Hábitos de Vida

Autodeclaradas:

- Tabagismo: Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), é considerada fumante atual a pessoa que fumou mais de 100 cigarros, ou cinco maços de

cigarros, em toda a sua vida e fuma atualmente, e ex-fumante é aquele que já fumou pelo menos 100 cigarros durante a vida e parou de fumar (OPAS, 1995). As respostas foram categorizadas em não tabagista, ex-tabagista há mais de dez anos, ex-tabagista entre um e dez anos, ex-tabagista há menos de um ano e tabagista.

- Ingestão de bebidas alcoólicas: a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão recomenda limitar o consumo de álcool a 30 gramas/dia de etanol para os homens e 15 gramas/dia para mulheres. 30 gramas equivalem a 635 ml de cerveja, 312,5 ml de vinho e 93,7 ml de uísque, vodka e aguardente (MALACHIAS et al., 2016). A ingestão foi autodeclarada e as respostas categorizadas em: não ingere, ingestão moderada (limite de 30 gramas diárias para os homens e 15 gramas para as mulheres), ingestão mais que moderada (acima desses valores).

- Hábitos alimentares: foram avaliados mediante uma pergunta sobre a frequência com que o participante ingeriu alimentos dos grupos: in natura, minimamente processados, processados e ultraprocessados nos últimos 30 dias, conforme o recomendado pelo Guia Alimentar para a população Brasileira (BRASIL, 2014e). As respostas foram categorizadas em: baixo consumo (uma vez por mês), moderado consumo (uma vez por semana) e alto consumo (todos os dias) de sódio, gordura, carboidratos, proteínas, legumes/verduras/frutas, açúcar, industrializados.

- Atividades físicas: para pessoas na faixa etária entre 18 a 64 anos, a WHO (2010) considera como atividade física momentos de recreação ou lazer, transporte (a pé ou de bicicleta), trabalho, tarefas domésticas, jogos, esportes, exercícios planejados, atividades diárias, na família e/ou na comunidade. São considerados praticantes de atividades físicas os adultos que realizam, no mínimo, 150 minutos de atividade física aeróbica de intensidade moderada durante a semana, ou pelo menos 75 minutos de atividades com intensidade vigorosa ou uma combinação mista de atividades moderadas e vigorosas durante a semana, sendo que atividades com duração inferior a 10 minutos não são consideradas para efeito do cálculo da soma diária de minutos dispendidos para a realização de exercícios físicos.

Atividades moderadas incluem: caminhada, caminhada em esteira, musculação, hidroginástica, ginástica em geral, natação, artes marciais e luta, ciclismo, voleibol/futebol, dança, varrer ou limpar a casa, pescar. Atividades vigorosas consistem em: corrida, corrida em esteira, ginástica aeróbica, futebol/futsal, basquetebol e tênis (AINSWORTH et al., 2011).

Para avaliar a prática de atividade física, foram investigados o tipo, a duração e a frequência da atividade na última semana. As respostas foram categorizadas em duas classes:

- Prática atividade física: quando o paciente fez, pelo menos, 150 minutos semanais de atividades moderadas ou 75 minutos de atividades vigorosas ou mistas

(moderada/vigorosa), sendo que atividades desempenhadas por menos de 10 minutos contínuos não fizeram parte da soma;

-não pratica atividade física: quando o paciente fez menos de 150 minutos semanais de atividades moderadas ou menos de 75 minutos de atividades vigorosas ou mistas (moderada/vigorosa).

2.7.4 Controle pressórico

O controle pressórico foi avaliado pela aferição da pressão arterial durante as consultas de enfermagem nas visitas domiciliares.

- Aferição da pressão: foi utilizado o aparelho de pressão arterial RF300, da marca *G-Tech®*, com registro na ANVISA 10385180032, devidamente calibrado e certificado pelo INMETRO. O procedimento foi realizado com base nas orientações das VII Diretrizes de Hipertensão Arterial (MALACHIAS et al., 2016):

1. Era realizada a explicação do procedimento ao participante;
2. Pedia-se para o participante repousar por pelo menos 5 minutos em ambiente calmo;
3. Era questionado ao participante se havia presença de bexiga cheia, em caso afirmativo, solicitava-se o esvaziamento;
4. Orientava-se ao participante a não praticar exercícios físicos 60 minutos antes;
5. Também era solicitado se havia consumido bebidas alcoólicas, café, alimentos ou cigarro 30 minutos antes;
6. As pernas eram mantidas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso encostado na cadeira e relaxado;
7. Roupas do braço no qual era colocado o manguito eram retiradas;
8. O braço era posicionado na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido;
9. Era solicitado para que o participante não falasse durante a medida.

Procedimento de medida da pressão arterial:

1. Inicialmente media-se a circunferência do braço do paciente;
2. Selecionava o manguito de tamanho adequado ao braço;
3. Colocava o manguito, sem deixar folgas, acima da fossa cubital, cerca de dois a três centímetros;

4. Centralizava o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial;
5. Pressionava o botão de insuflação do aparelho;
6. Informava para o paciente os valores obtidos de pressão arterial;
7. Recomendava-se esperar um minuto para nova aferição;
8. Os valores exatos eram anotados sem arredondamentos. A categorização dos valores obtidos foi realizada de acordo com a recomendação das VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão para medidas casuais em consultório (MALACHIAS et al., 2016):

QUADRO 1 – CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL DE ACORDO COM A MEDIÇÃO CASUAL OU NO CONSULTÓRIO A PARTIR DE 18 ANOS DE IDADE.

Classificação	Pressão Arterial Sistólica (mmHg)	Pressão Arterial Diastólica (mmHg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121 – 139	81 – 89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

FONTE: Malachias et al (2016).

2.7.5 Fatores de risco para complicações

- **Peso:** foi utilizada a balança digital G-Tech modelo Glass 9, com capacidade variando de 1 a 180 quilogramas (Kg). O procedimento adotado foi baseado nas recomendações do Manual de Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde do Ministério da Saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011b):

1. Era solicitado que o participante tirasse o calçado e objetos pesados como chaves, cintos, óculos, aparelhos celulares e quaisquer outros objetos que pudessem interferir no peso total;
2. Certificava se a balança estava afastada da parede;
3. Posicionava o participante no centro do equipamento, ereto, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo. Solicitava que se mantivesse parado nessa posição;
4. Realizava a leitura dos valores apontados;
5. Anotava o peso no instrumento de coleta de dados.

- **Estatura:** É a medida do indivíduo na posição em pé, encostado numa parede ou antropômetro vertical (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011b). Para sua medida, foi utilizada

fita métrica, graduada em milímetros, com amplitude de 0 a 200 cm. Foram seguidas as seguintes recomendações (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011b):

1. Posicionava-se o participante descalço e com a cabeça livre de adereços no centro do equipamento. Era mantido em pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos;
2. A cabeça do indivíduo era posicionada no plano de Frankfurt (margem inferior da abertura do orbital e a margem superior do meato auditivo externo deviam ficar em uma mesma linha horizontal);
3. As pernas deviam estar paralelas, mas não era necessário que as partes internas estivessem encostadas. Os pés deviam formar um ângulo reto com as pernas;
4. Idealmente, o indivíduo encostava os calcanhares, as panturrilhas, os glúteos, as escápulas e parte posterior da cabeça (região do occipital) na parede. Quando não era possível encostar esses cinco pontos, devia posicionar, no mínimo, três deles.

- Índice de massa corporal (IMC): foi obtido pela divisão do peso do indivíduo em quilogramas pelo quadrado da estatura em metros e classificado conforme recomenda a WHO (2000): baixo peso: $< 18,5 \text{ Kg/m}^2$; peso saudável: $18,5\text{-}24,9 \text{ Kg/m}^2$; sobrepeso: $25\text{-}29,9 \text{ Kg/m}^2$; obesidade: $\geq 30 \text{ Kg/m}^2$.

- Circunferência abdominal (CA): permite uma avaliação aproximada da massa de gordura intra-abdominal e da gordura total do corpo (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011b). Para a medição, utilizou-se fita métrica, graduada em milímetros, com amplitude de 0 a 200 cm, seguindo os passos (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011b):

1. Participante era posicionado em pé, ereto, com o abdômen relaxado, braços estendidos ao longo do corpo e as pernas paralelas, ligeiramente separadas;
2. As roupas eram afastadas, de forma que a região da cintura ficasse despida;
3. Realizava uma marcação pequena à caneta no ponto médio entre a borda inferior da última costela e a crista ilíaca, na frente do participante, do lado direito ou esquerdo;
4. Segurava-se o ponto zero da fita métrica com uma mão e com a outra passava a fita ao redor da cintura sobre a marcação realizada;
5. Verificava se a fita estava no mesmo nível em todas as partes da cintura, não devendo ficar larga, nem apertada;
6. Solicitava então que o participante inspirasse e, em seguida, que expirasse totalmente. A leitura era realizada imediatamente antes que a pessoa inspirasse novamente.

O valor era registrado em centímetros e categorizado conforme recomenda a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (MALACHIAS et al., 2016):

Para homens: normal até 102 cm e acima > 102 cm;

Para mulheres: normal até 88 cm e acima > 88 cm.

2.8 ANÁLISE DE DADOS

1ª Etapa: Gerenciamento de caso

Os dados foram tabulados em planilha do software *Excel* com suplemento *Action*, conferidos em dupla, com apoio de um profissional da estatística. Para descrever os dados sociodemográficos, comorbidades, tempo de diagnóstico de HAS, número e motivo de hospitalizações, número de medicamentos e intervenções realizadas durante o acompanhamento foi utilizada a estatística descritiva.

Estudos que consistem em verificar se houve diferença significativa entre uma medida em uma mesma unidade amostral, pareando a primeira informação com a segunda e com a terceira são chamados de estudos com amostras pareadas. Esses estudos são comuns na área da saúde.

Em muitas situações práticas, deseja-se comparar somente as médias duas a duas. Frequentemente podem-se determinar quais médias diferem entre si testando todos os pares das médias dos tratamentos.

A ANOVA é um teste utilizado para avaliar se os valores médios dos diferentes grupos estão longe o suficiente em termos de sua dispersão(variância) para serem considerados significativamente diferentes. Ela possui inúmeras variações, podendo ser unidirecional ou bidirecional. A ANOVA unidirecional é empregada quando o efeito de apenas uma variável categórica (variável explicativa) sobre uma variável contínua (desfecho) é explorada. A ANOVA bidirecional ou fatorial é utilizada para examinar os efeitos de dois ou mais fatores, ou variáveis explicativas, em uma variável de desfecho (BARTON; PEAT, 2014).

Considerando que a variável de interesse é a manutenção dos níveis pressóricos e o objetivo foi de verificar se existe diferença significativa entre as três visitas, utilizou-se a ANOVA com efeitos fixos e o teste de Fisher para comparações múltiplas. O nível de significância para todos os testes foi de $\alpha = 0,05$.

O Teste de Fisher é utilizado para comparar todos pares de médias e controla a taxa de erro ao nível de significância α para cada comparação dois a dois, mas não controla a taxa de erro do experimento. Esse procedimento usa a estatística t para testar $\mu_i = \mu_j$.

O procedimento de Fisher consiste em realizar testes t múltiplos, cada um ao nível de significância α , somente se o teste F preliminar é significativo ao nível α . Esse pode ser visto como um procedimento de duas etapas, em que a hipótese nula H_0 é testada no primeiro passo por um teste F de nível α . Se o teste F não é significativo, o procedimento termina sem precisar fazer inferências detalhadas nas diferenças dos pares das médias; caso contrário, cada diferença de par é testada por um teste t com nível α de significância. Esse procedimento é chamado de teste da diferença mínima significativa (*least significant difference (LSD) test*).

O teste de Fisher supõe que os dados se distribuem normalmente. A distribuição normal com média nula e desvio padrão unitário é chamada de distribuição normal centrada e reduzida ou distribuição normal padrão, utilizada nos testes de hipóteses.

Comparações múltiplas de médias permitem que se analisem quais são as médias diferentes e estime-se em que grau elas são diferentes. Para avaliar a significância estatística das diferenças entre médias, pode ser usado um conjunto de intervalos de confiança, um conjunto de testes de hipóteses ou ambos. Os intervalos de confiança permitem avaliar a significância prática das diferenças entre as médias, além da significância estatística. Como é habitual, a hipótese nula de não diferença entre as médias é rejeitada se, e só se, zero não estiver contido no intervalo de confiança. Observa-se, ainda, que os dados são normalizados (em relação à média zero).

Para identificar se existe diferença significativa nos valores das escalas, hábitos, nutrição e medidas, nas 3 visitas efetuadas, realizou-se o Teste de Fisher para comparação pareada entre as médias. Foram apresentados os intervalos de confiança somente quando houve diferença significativa entre as médias.

Os níveis 1-2 referem-se à existência ou não de diferença significativa entre a primeira visita e a segunda visita, 2-3 entre a segunda e a terceira visitas, 1-3 entre a primeira e a terceira visitas.

2ª Etapa: Entrevistas

Para apoiar a análise dos dados coletados durante as entrevistas, foi utilizado o *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ_0.6-alpha3®). É um *software* livre, ancorado no *software R* e

que possibilita, a partir de entrevistas, documentos, entre outros, diferentes análises estatísticas de textos. O seu início no Brasil se deu em 2013 e o seu dicionário em língua portuguesa permite análises precisas, o que lhe confere utilidade para a pesquisa qualitativa (CAMARGO; JUSTO, 2018).

Vários tipos de análises são possíveis com o *software* Iramuteq, como: as textuais clássicas, a análise de especificidades, o método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), a análise de similitude e a nuvem de palavras. O método CHD é utilizado pelo *software* ALCESTE (*Analyse Lexicale para Context d'un Ensemble de Segments de Texte*) e, a partir dos vocabulários, é capaz de classificar os segmentos de texto, e o conjunto deles é repartido com base na frequência das formas reduzidas (SOUZA et al., 2018).

Para que o texto fosse reconhecido pelo *software*, após a transcrição das entrevistas dos participantes, foi realizada a construção de um *corpus*, que é a colocação de todos os textos em um único arquivo de texto no *software* OpenOffice.org e salvo no tipo texto.txt, separado por linhas de comando de acordo com suas variáveis. O *corpus* contou com apenas duas variáveis em sua linha de comando: o número dado a cada entrevistado e número de referência a cada pergunta realizada, as quais totalizaram duas (CAMARGO; JUSTO, 2018).

Para cada resposta deve existir uma linha de comando, a qual sempre começa com asteriscos a fim de ser reconhecida pelo *software*. Após quatro asteriscos, um espaço e mais um asterisco, vem a primeira variável *n*, que corresponde ao número do entrevistado, um traço (*underline*), seguido do número, como no exemplo de `**** *n_01` (usam-se dois dígitos porque a amostra foi composta de treze participantes). A seguir, deve-se dar um espaço, um asterisco e começa a segunda variável, *p*, a qual se refere ao número da pergunta: `*p_1` (apenas um dígito, pois são somente cinco perguntas). Dessa forma, a primeira linha de comando permanece `**** *n_01 *p_1` (CAMARGO; JUSTO, 2018).

Após a instalação do *software* R do IRAMUTEQ e da construção do *corpus*, pôde-se iniciar o processamento das análises. Ao importar o texto para o programa, as classes são geradas a partir de Unidades de Contexto Inicial (UCI), que são as respostas dos participantes frente a cada pergunta, e também das Unidades de Contexto Elementar (UCE), as quais apresentam textos com vocabulários semelhantes entre si em cada classe, porém diferentes das UCE das outras classes. É considerado um bom aproveitamento de UCE quando o índice é igual ou maior do que 75% (SOUZA et al., 2018).

Para esta pesquisa, o tipo de análise escolhida para a pesquisa foi a CHD, a qual organiza a análise dos dados em um dendograma capaz de ilustrar as relações entre as classes. O programa executa cálculos e fornece resultados que nos permitem a descrição de cada uma

das classes, principalmente, pelo seu vocabulário característico (léxico) e pelas suas palavras com asterisco (variáveis). Além disso, o programa fornece outra forma de apresentação dos resultados, por meio de uma análise fatorial de correspondência feita a partir da CHD. Com base nas classes estabelecidas, o programa calcula e fornece os segmentos de texto mais característicos de cada classe (corpus em cor), permitindo a contextualização do vocabulário típico de cada classe. Em nível do programa informático, cada classe é composta de vários segmentos de texto em função de uma classificação segundo a distribuição do vocabulário (formas) desses segmentos de texto (CAMARGO; JUSTO, 2018).

Após o processamento e o agrupamento quanto às ocorrências das palavras, a CHD criou o dendograma das classes. Essa figura apresenta os *subcorpus* e as classes pertencentes a cada um deles, bem como as suas ligações, uma vez que estão associadas entre si (SOUZA et al., 2018). Nesta pesquisa, as classes pertencentes ao mesmo *subcorpus* com UCE semelhantes foram agrupadas em categorias.

3 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Centro Oeste – UNICENTRO sob o parecer número 3.002.936. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após o aceite em participar da pesquisa (APÊNDICE 7), o qual foi emitido em duas vias de igual teor, assinadas pelo pesquisador e pelo participante. Uma via foi entregue ao participante e a outra ficou anexada aos documentos do projeto, os quais ficarão arquivados por um período de cinco anos após o término da pesquisa, conforme preconiza a resolução 466/2012. A autorização para o uso das escalas está presente no Anexo 6.

4 RESULTADOS

Os resultados são apresentados em duas partes: a primeira traz os dados relativos ao gerenciamento de caso e a segunda demonstra os resultados das entrevistas acerca da percepção dos participantes sobre a intervenção.

4.1 GERENCIAMENTO DE CASO

Quanto à caracterização dos participantes, 57,14% (n=8) eram do sexo masculino, 64,28% (n=9) na faixa etária de 56 a 65 anos, 92,85% (n=13) dos participantes eram casados ou em união estável, 64,28% (n= 9) com 2 a 4 filhos, 57,14% (n=8) declararam de 1 a 4 anos de estudo, 35,71% (n=5) têm como ocupação as atividades do lar, 57,14% (n=8) referiram que no mesmo domicílio residiam de 2 a 3 pessoas e 78,57% (n=11) possuíam renda mensal de 1 a 2 salários mínimos (TABELA 1).

TABELA 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES (N=14), DE ACORDO COM AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.

VARIÁVEIS	TOTAL=14	
	N	%
SEXO		
Feminino	6	42,85
Masculino	8	57,14
IDADE (anos)		
35-45	2	14,28
46-55	3	21,42
56-65	9	64,28
ESTADO CONJUGAL		
Casado ou em união consensual	13	92,85
Viúvo	1	7,14
NÚMERO DE FILHOS		
1	4	28,57
2-4	9	64,28
>4	1	7,14
ESCOLARIDADE (anos)		
1-4	8	57,14
5-8	5	35,71
>8	1	7,14
OCUPAÇÃO		
Exerce atividades do lar	5	35,71
Aposentado	3	21,42
Auxílio doença	2	14,28
Autônomo	2	14,28
Registrado	2	14,28
NÚMERO DE PESSOAS QUE MORAM NO MESMO DOMICÍLIO		
2-3	8	57,14
4-6	5	35,71

>6	1	7,14
RENDA FAMILIAR (salário mínimo)		
1-2	11	78,57
3-5	2	14,28
>5	1	7,14

Legenda: n – número absoluto. % - percentual.

Fonte: O autor (2019).

Em relação às comorbidades, considerando que a HAS era critério de inclusão para a pesquisa e que o mesmo participante podia apresentar mais de uma, totalizando 13 comorbidades, a maior parte, 30,76% (4), referiu possuir diabetes *mellitus*. Porém, ao associar todas as condições cardiovasculares, obtém-se 38,45% (5), tornando-se mais prevalente. O máximo de comorbidades referidas pelo mesmo participante foi de quatro (TABELA 2).

TABELA 2 – COMORBIDADES DECLARADAS PELOS PARTICIPANTES. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.

COMORBIDADES	N=13	%
Diabetes <i>mellitus</i>	4	30,76
Neoplasia	2	15,38
Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)	1	7,69
Depressão	1	7,69
OUTRAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES		
Infarto agudo do Miocárdio (IAM)	2	15,38
Insuficiência valvar	2	15,38
Acidente vascular cerebral (AVC) prévio	1	7,69

Legenda: n – número absoluto. % - percentual.

Fonte: O autor (2019).

Sobre há quanto tempo o participante possui o diagnóstico da HAS, 50% (7) disseram que o possuem de zero a cinco anos (TABELA 3).

TABELA 3 – TEMPO DE DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS). GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	Total = 14	
	N	%
0 – 5 anos	7	50
5 – 20 anos	6	42,86
>20 anos	1	7,14

Legenda: n – número absoluto. % - percentual.

Fonte: O autor (2019).

Nos 12 meses anteriores ao AVC atual, seis participantes relataram ao menos uma internação hospitalar, sendo 33,33% (2) devido à crise hipertensiva (TABELA 4). Ressalta-se

que, durante o acompanhamento do gerenciamento de caso, não houve nenhuma hospitalização.

TABELA 4 – NÚMERO E MOTIVOS DE HOSPITALIZAÇÕES NOS ÚLTIMOS 12 MESES ANTERIORES AO AVC. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.

HOSPITALIZAÇÕES	N=6	%
MOTIVO		
Troca valva mitral	1	16,66
Dificuldade respiratória	1	16,66
Crise hipertensiva	2	33,33
Cirurgia hérnia de disco	1	16,66
Insuficiência cardíaca	1	16,66

Legenda: n – número absoluto. % - percentual.

Fonte: O autor (2019).

O número de medicações utilizadas pelos participantes apresentou redução de 13,18% durante os seis meses de acompanhamento, passando de uma média de 6,5 para 5,6 medicamentos diários. Dentre as medicações utilizadas, 92,8% dos participantes faziam uso de, pelo menos, uma classe anti-hipertensiva, enquanto 7,14% não utilizavam nenhum medicamento a fim de controlar os níveis pressóricos (TABELA 5).

TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE MEDICAÇÕES DIÁRIAS UTILIZADAS PELOS PARTICIPANTES E PERCENTUAIS DE REDUÇÃO EM CADA UMA DAS TRÊS VISITAS. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.

NÚMERO DE MEDICAMENTOS	N=251	M
1ª visita	91	6,50
2ª visita	81	5,80
3ª visita	79	5,60
REDUÇÃO DE MEDICAMENTOS AO LONGO DO ACOMPANHAMENTO	N=24	%
Entre 1ª e 2ª visitas	10	10,98
Entre a 2ª e 3ª visitas	2	2,46
Entre 1ª e 3ª visitas	12	13,18

Legenda: n – número absoluto. % - percentual. M – média.

Fonte: O autor (2019).

As ações mais desenvolvidas pelo enfermeiro gerente de caso na 1ª visita foram orientações sobre mudanças alimentares e adesão ao tratamento não medicamentoso, ambas realizadas para todos os pacientes. Na 2ª visita, as mesmas ações feitas na 1ª visita foram

aplicadas também para os 14 participantes, juntamente com o encaminhamento para profissionais de outras especialidades (nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo e assistente social). Na terceira visita, orientações sobre mudanças alimentares, adesão ao tratamento não medicamentoso e necessidade de atividade física foram as ações mais realizadas pelo gerente de caso, cada uma delas para 13 participantes (TABELA 6).

TABELA 6 – INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS DURANTE AS TRÊS VISITAS REALIZADAS DURANTE O GERENCIAMENTO DE CASO CONDUZIDO PELO ENFERMEIRO. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.

AÇÕES	1ª visita	2ª visita	3ª visita
Encaminhamento para consulta médica	-	3	3
Encaminhamento para profissionais de outras especialidades:			
Nutricionista	7	12	9
Fisioterapeuta	5	3	1
Psicólogo	-	-	1
Assistente social	-	1	-
Encaminhamento/ acompanhamento da UBS	7	7	5
Orientação sobre mudanças alimentares	14	14	13
Orientação sobre adesão ao tratamento medicamentoso	11	5	5
Organização dos medicamentos para facilitar a adesão	4	3	1
Orientação sobre adesão ao tratamento não medicamentoso	14	14	13
Orientação sobre a necessidade de realizar atividade física	10	11	13
Orientação sobre redução de peso, IMC, CA, PA	11	13	12
Orientações para controle da glicemia	5	5	5

Fonte: O autor (2019).

Em relação à existência de diferença significativa das escalas durante as três visitas: a escala de RANKIN apresentou $p=0,0262 < \alpha$ entre a 1ª e 2ª visitas, $p=0,0063 < \alpha$ entre a 1ª e 3ª visitas e $p=0,5668 > \alpha$ entre a 2ª e 3ª visitas (TABELA 7).

TABELA 7 – DIFERENÇA DOS RESULTADOS DA ESCALA DE RANKIN NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.

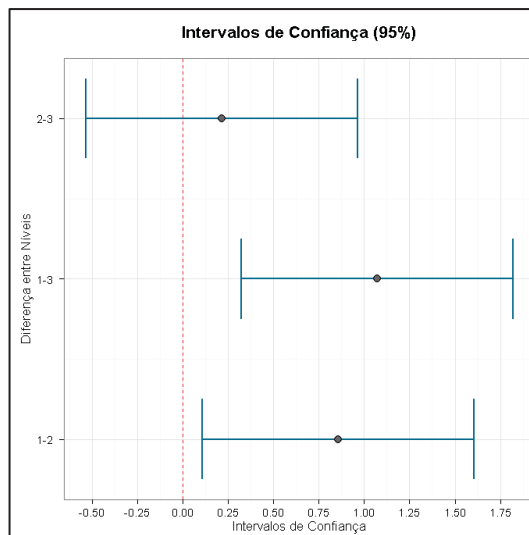
Diferença entre as visitas	Diferença média	Limite Inferior	Limite Superior	P-Valor
1-2	0,85714286	0,106770105	1,60751561	0,0262
1-3	1,07142857	0,321055819	1,82180132	0,0063
2-3	0,21428571	-0,53608704	0,96465847	0,5668

Legenda: Para identificar diferença significativa entre as três visitas utilizou-se o teste de Fisher. Significância estatística, com $p < 0,05$.

Fonte: O autor (2019).

Na figura abaixo, comprova-se que o nível 2-3 contém o zero no intervalo de confiança, considerando, assim, que a diferença significativa existe entre os valores da escala RANKIN na 1ª e 2ª visitas e entre a 1ª e 3ª visitas realizadas (FIGURA 6).

FIGURA 6 – INTERVALO DE CONFIANÇA DA ESCALA DE RANKIN NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.



Fonte: O autor (2019).

Para a escala de NIHSS, $p=0,2106 > \alpha$ entre a 1ª e 2ª visitas, $p=0,6135 > \alpha$ entre a 2ª e 3ª visitas e $p=0,0825 > \alpha$ entre a 1ª e 3ª visitas (TABELA 8), o que permite concluir que não existe diferença significativa nas três visitas realizadas.

TABELA 8 – DIFERENÇA DOS RESULTADOS DA ESCALA NIHSS NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.

Diferença entre as visitas	Diferença média	Limite Inferior	Limite Superior	P-Valor
1-2	1,78571429	-1,051694949	4,62312352	0,2106
1-3	2,5	-0,337409235	5,337409235	0,0825
2-3	0,71428571	-2,12312352	3,551694949	0,6135

Legenda: Para identificar diferença significativa entre as três visitas utilizou-se o teste de Fisher. Significância estatística, com $p < 0,05$.

Fonte: O autor (2019).

Sobre a adesão ao tratamento, referente à escala de QATHAS, entre a 1ª e 2ª visitas, o resultado foi de $p=0,426 > \alpha$, entre a 1ª e 3ª visitas $p=0,078 > \alpha$ e entre a 2ª e 3ª visitas foi de

$p=0,3208 > \alpha$ (TABELA 9). Conclui-se, assim, que não existe diferença significativa entre os valores da escala QATHAS em nenhuma das três visitas realizadas.

TABELA 9 – DIFERENÇA DOS RESULTADOS DA ESCALA QATHAS NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.

Diferença entre as visitas	Diferença média	Limite Inferior	Limite Superior	P-Valor
1-2	-2,85714286	-10,0401732	4,32588751	0,426
1-3	-6,42857143	-13,6116018	0,75445894	0,078
2-3	-3,57142857	-10,7544589	3,6116018	0,3208

Legenda: Para identificar diferença significativa entre as três visitas utilizou-se o teste de Fisher. Significância estatística, com $p < 0,05$.

Fonte: O autor (2019).

A partir de agora, as variáveis clínicas com significância estatística são distribuídas em três subconjuntos: Hábitos, Nutrição e Medidas. O subconjunto Hábitos é composto pelas variáveis: tabagismo, ingestão de bebida alcoólica e atividade física. O subconjunto Nutrição é composto pelas variáveis: sódio, gordura, carboidratos e açúcar. O subconjunto Medidas é composto pelas variáveis: peso, IMC, circunferência abdominal, pressão arterial sistólica e diastólica.

No primeiro subconjunto, referente a hábitos, o tabagismo apresenta $p=0,8958 > \alpha$ entre a 1ª e 2ª visitas, $p=0,0551 > \alpha$ entre a 1ª e 3ª visitas e $p=0,0414 < \alpha$ entre a 2ª e 3ª visitas (TABELA 10).

TABELA 10 – TABAGISMO NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.

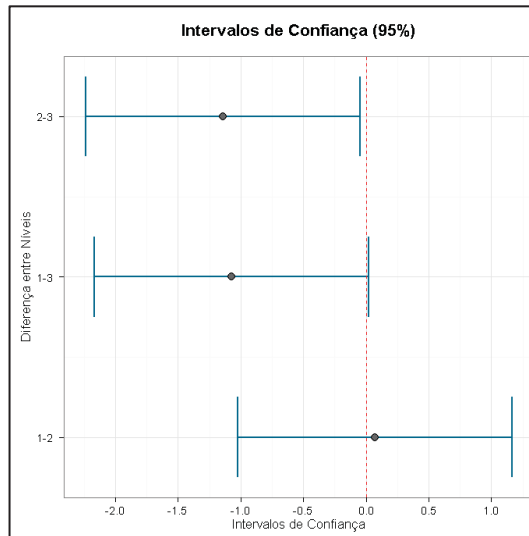
Diferença entre as visitas	Diferença média	Limite Inferior	Limite Superior	P-Valor
1-2	0,071428571	-1,024495868	1,167353011	0,8958
1-3	-1,071428571	-2,167353011	0,024495868	0,0551
2-3	-1,142857143	-2,238781582	-0,046932703	0,0414

Legenda: Para identificar diferença significativa entre as três visitas utilizou-se o teste de Fisher. Significância estatística, com $p < 0,05$.

Fonte: O autor (2019).

Esse resultado é comprovado pela Figura 7, a qual apresenta que as visitas 1-2 e 1-3 contêm o zero no intervalo de confiança, aceitando, assim, a hipótese de igualdade entre as médias, confirmando que existe redução significativa entre a 2ª e a 3ª visitas realizadas.

FIGURA 7 – INTERVALO DE CONFIANÇA DO TABAGISMO NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PR, 2019.



Fonte: O autor (2019).

Para a variável ingestão de bebida alcoólica nas três visitas, o resultado foi de $p=0,6953 > \alpha$ entre a 1ª e 2ª visitas, $p=0 < \alpha$ entre a 1ª e 3ª visitas e também entre a 2ª e 3ª visitas (TABELA 11).

TABELA 11 – INGESTÃO DE BEBIDA ALCOÓLICA NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.

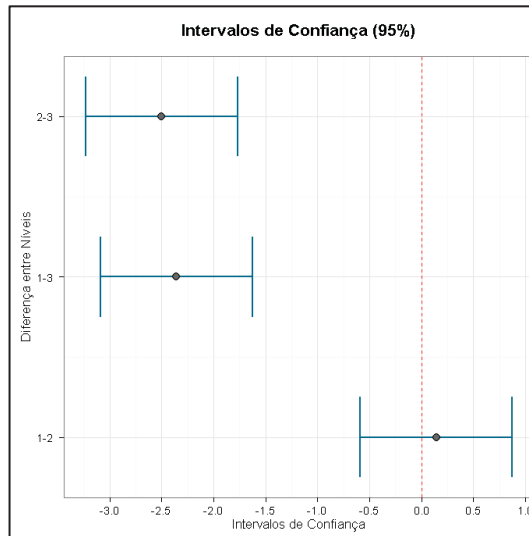
Diferença entre as visitas	Diferença média	Limite Inferior	Limite Superior	P-Valor
1-2	0,142857143	-0,589466485	0,875180771	0,6953
1-3	-2,357142857	-3,089466485	-1,624819229	0
2-3	-2,5	-3,232323628	-1,767676372	0

Legenda: Para identificar diferença significativa entre as três visitas utilizou-se o teste de Fisher. Significância estatística, com $p < 0,05$.

Fonte: O autor (2019).

A figura a seguir comprova que as visitas 1-2 contêm o zero no intervalo de confiança e, por isso, existe redução significativa entre os valores da resposta para ingestão de bebida alcoólica entre a 1ª e 3ª visitas e entre a 2ª e 3ª visitas realizadas (FIGURA 8).

FIGURA 8 – INTERVALO DE CONFIANÇA DA INGESTA DE BEBIDA ALCOÓLICA NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PR, 2019.



Fonte: O autor (2019).

Sobre a variável atividade física nas três visitas, o resultado foi de $p=0,0382 < \alpha$ entre a 1ª e 2ª visitas e entre a 1ª e 3ª visitas, e de $p=1 > \alpha$ entre as 2ª e 3ª visitas (TABELA 12).

TABELA 12 – PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.

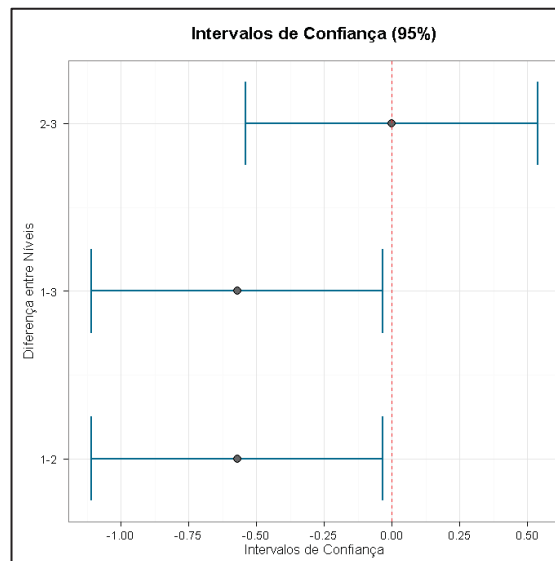
Diferença entre as visitas	Diferença média	Limite Inferior	Limite Superior	P-Valor
1-2	-0,571428571	-1,110031647	-0,032825496	0,0382
1-3	-0,571428571	-1,110031647	-0,032825496	0,0382
2-3	0	-0,538603076	0,538603076	1

Legenda: Para identificar diferença significativa entre as três visitas utilizou-se o teste de Fisher. Significância estatística, com $p < 0,05$.

Fonte: O autor (2019).

A seguir, a figura comprova que existe melhora significativa entre os valores da resposta para a prática de atividade física entre a 1ª e 2ª visitas e entre a 1ª e 3ª visitas realizadas (FIGURA 9).

FIGURA 9 – PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PR, 2019.



Fonte: O autor (2019).

Referente ao segundo subconjunto, sobre nutrição, verifica-se que o resultado sobre o consumo de sódio foi de $p=0,0101 < \alpha$ entre a 1ª e 2ª visitas, $p=0,0024 < \alpha$ entre a 1ª e 3ª visitas e $p=0,5919 > \alpha$ entre a 2ª e 3ª visitas (TABELA 13).

TABELA 13 – CONSUMO DE SÓDIO NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.

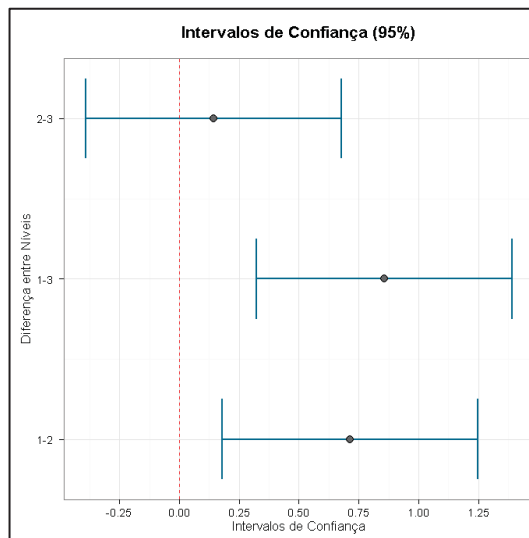
Diferença entre as visitas	Diferença média	Limite Inferior	Limite Superior	P-Valor
1-2	0,714285714	0,179672346	1,248899082	0,0101
1-3	0,857142857	0,322529489	1,391756225	0,0024
2-3	0,142857143	-0,391756225	0,677470511	0,5919

Legenda: Para identificar diferença significativa entre as três visitas utilizou-se o teste de Fisher. Significância estatística, com $p < 0,05$.

Fonte: O autor (2019).

É possível comprovar, a seguir, que as visitas 2-3 contêm o zero no intervalo de confiança, aceitando, assim, a hipótese de igualdade entre as médias. Conclui-se que existe redução significativa entre os valores da resposta consumo de sódio entre a 1ª e a 2ª visitas e entre a 1ª e a 3ª visitas realizadas (FIGURA 10).

FIGURA 10 – INTERVALO DE CONFIANÇA DO CONSUMO DE SÓDIO NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PR, 2019.



Fonte: O autor (2019).

Para a variável sobre o consumo de gordura, o resultado obtido foi $p=0,01 < \alpha$ entre a 1ª e 2ª visitas, $p=0,0027 < \alpha$ entre a 1ª e 3ª visitas e de $p=0,6254 > \alpha$ entre a 2ª e 3ª visitas (TABELA 14).

TABELA 14 – CONSUMO DE GORDURA NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.

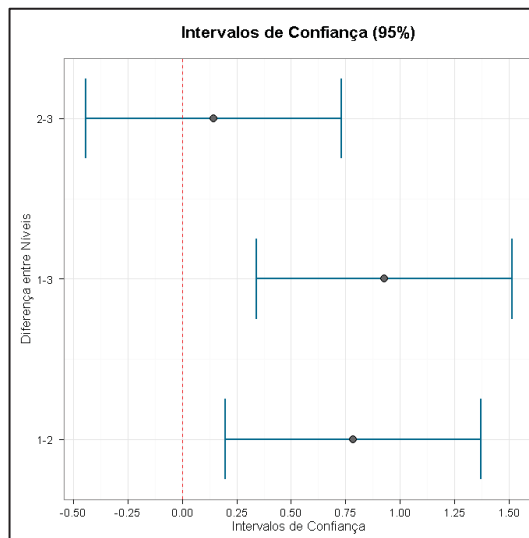
Diferença entre as visitas	Diferença média	Limite Inferior	Limite Superior	P-Valor
1-2	0,785714286	0,198614233	1,372814338	0,01
1-3	0,928571429	0,341471376	1,515671481	0,0027
2-3	0,142857143	-0,44424291	0,729957196	0,6254

Legenda: Para identificar diferença significativa entre as três visitas utilizou-se o teste de Fisher. Significância estatística, com $p < 0,05$.

Fonte: O autor (2019).

Com a figura abaixo, comprova-se que as visitas 2-3 contêm o zero no intervalo de confiança, aceitando, dessa forma, a hipótese de igualdade entre as médias. Assim, é possível afirmar que existe redução significativa entre os valores da resposta consumo de gordura entre a 1ª e a 2ª visitas e entre a 1ª e a 3ª visitas realizadas (FIGURA 11).

FIGURA 11 – INTERVALO DE CONFIANÇA DO CONSUMO DE GORDURA NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PR, 2019.



Fonte: O autor (2019).

Em relação ao consumo de carboidrato, os dados encontrados foram de $p=0,0203 < \alpha$ entre a 1ª e 2ª visitas e também entre a 1ª e 3ª visitas e $p=1 > \alpha$ entre a 2ª e 3ª visitas (TABELA 15).

TABELA 15 – CONSUMO DE CARBOIDRATO NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.

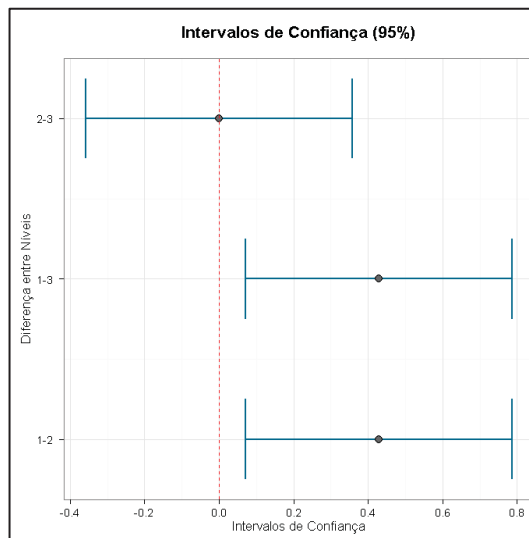
Diferença entre as visitas	Diferença média	Limite Inferior	Limite Superior	P-Valor
1-2	0,428571429	0,070165812	0,786977045	0,0203
1-3	0,428571429	0,070165812	0,786977045	0,0203
2-3	0	-0,358405616	0,358405616	1

Legenda: Para identificar diferença significativa entre as três visitas utilizou-se o teste de Fisher. Significância estatística, com $p < 0,05$.

Fonte: O autor (2019).

A seguir, comprova-se que as visitas 2-3 contêm o zero no intervalo de confiança, aceitando, assim, a hipótese de igualdade entre as médias. Dessa forma, afirma-se que existe redução significativa entre os valores da resposta consumo de carboidratos entre a 1ª e a 2ª visitas e entre a 1ª e a 3ª visitas realizadas (FIGURA 12).

FIGURA 12 – INTERVALO DE CONFIANÇA DO CONSUMO DE CARBOIDRATO NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PR, 2019.



Fonte: O autor (2019).

Sobre o consumo de açúcar, obteve-se $p=0,0212 < \alpha$ entre a 1ª e 2ª visitas, $p=0,0111 < \alpha$ entre a 1ª e 3ª visitas e $p=0,791 > \alpha$ entre a 2ª e 3ª visitas (TABELA 16).

TABELA 16 – CONSUMO DE AÇÚCAR NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.

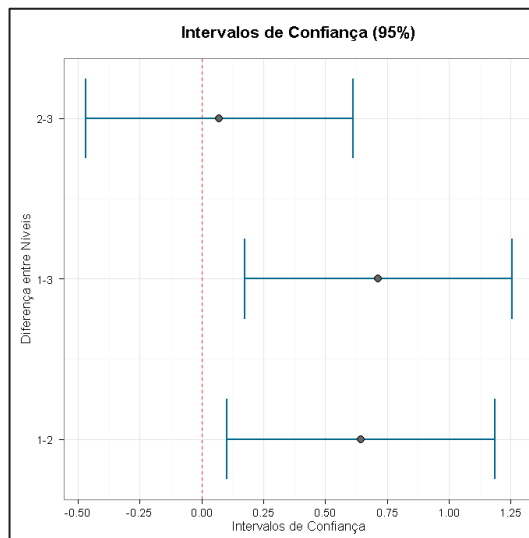
Diferença entre as visitas	Diferença média	Limite Inferior	Limite Superior	P-Valor
1-2	0,642857143	0,101281075	1,184433211	0,0212
1-3	0,714285714	0,172709646	1,255861782	0,0111
2-3	0,071428571	-0,470147497	0,61300464	0,791

Legenda: Para identificar diferença significativa entre as três visitas utilizou-se o teste de Fisher. Significância estatística, com $p < 0,05$.

Fonte: O autor (2019).

É possível comprovar, com a Figura 13, que as visitas 2-3 contêm o zero no intervalo de confiança, aceitando, dessa maneira, a hipótese de igualdade entre as médias. Observa-se, assim, que existe redução significativa entre os valores da resposta consumo de açúcar entre a 1ª e a 2ª visitas e entre a 1ª e a 3ª visitas realizadas.

FIGURA 13 – INTERVALO DE CONFIANÇA DO CONSUMO DE AÇÚCAR NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PR, 2019.



Fonte: O autor (2019).

No terceiro subconjunto, referente a Medidas, verificam-se os resultados da variável peso. Entre a 1ª e 2ª visitas, $p=0,8535 > \alpha$, entre a 1ª e 3ª visitas, $p=0,9602 > \alpha$ e entre a 2ª e 3ª visitas, $p=0,8927 > \alpha$, o que permite concluir que não existe diferença significativa entre os valores do peso entre todas as visitas realizadas (TABELA 17).

TABELA 17 – PESO NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.

Diferença entre as visitas	Diferença média	Limite Inferior	Limite Superior	P-Valor
1-2	0,9	-8,890318099	10,6903181	0,8535
1-3	0,242857143	-9,547460956	10,03317524	0,9602
2-3	-0,657142857	-10,44746096	9,133175242	0,8927

Legenda: Para identificar diferença significativa entre as três visitas utilizou-se o teste de Fisher. Significância estatística, com $p < 0,05$.

Fonte: O autor (2019).

Para a variável IMC, o resultado entre a 1ª e 2ª visitas foi de $p=0,5682 > \alpha$, entre a 1ª e 3ª visitas foi de $p=0,9504 > \alpha$ e entre a 2ª e 3ª visitas foi de $p=0,5271 > \alpha$. Dessa forma, conclui-se que não existe diferença significativa entre os valores do IMC entre todas as visitas realizadas (TABELA 18).

TABELA 18 – IMC NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.

Diferença entre as visitas	Diferença média	Limite Inferior	Limite Superior	P-Valor
1-2	0,827857143	-2,081336813	3,737051099	0,5682
1-3	-0,09	-2,999193956	2,819193956	0,9504
2-3	-0,917857143	-3,827051099	1,991336813	0,5271

Legenda: Para identificar diferença significativa entre as três visitas utilizou-se o teste de Fisher. Significância estatística, com $p < 0,05$.

Fonte: O autor (2019).

Em relação à variável circunferência abdominal, entre a 1ª e 2ª visitas, o resultado foi $p=0,9279 > \alpha$, entre a 1ª e 3ª visitas foi de $p=0,8742 > \alpha$ e entre a 2ª e 3ª visitas foi de $p=0,9459 > \alpha$. Isso permite concluir que não existe diferença significativa entre os valores da circunferência abdominal entre todas as visitas realizadas (TABELA 19).

TABELA 19 – CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.

Diferença entre as visitas	Diferença média	Limite Inferior	Limite Superior	P-Valor
1-2	0,285714286	-6,058925643	6,630354215	0,9279
1-3	0,5	-5,844639929	6,844639929	0,8742
2-3	0,214285714	-6,130354215	6,558925643	0,9459

Legenda: Para identificar diferença significativa entre as três visitas utilizou-se o teste de Fisher. Significância estatística, com $p < 0,05$.

Fonte: O autor (2019).

No que diz respeito à pressão arterial, os dados são apresentados em pressão arterial sistólica (PAS) (TABELA 20) e em pressão arterial diastólica (PAD) (TABELA 21).

Observa-se, na Tabela 20, que o valor obtido foi de $p=0,297 > \alpha$ entre a 1ª e 2ª visitas, $p=0,242 > \alpha$ entre a 1ª e 3ª visitas e $p=0,8964 > \alpha$ entre a 2ª e 3ª visitas, não conferindo diferença significativa entre os valores da pressão arterial sistólica em todas as visitas realizadas.

TABELA 20 – PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.

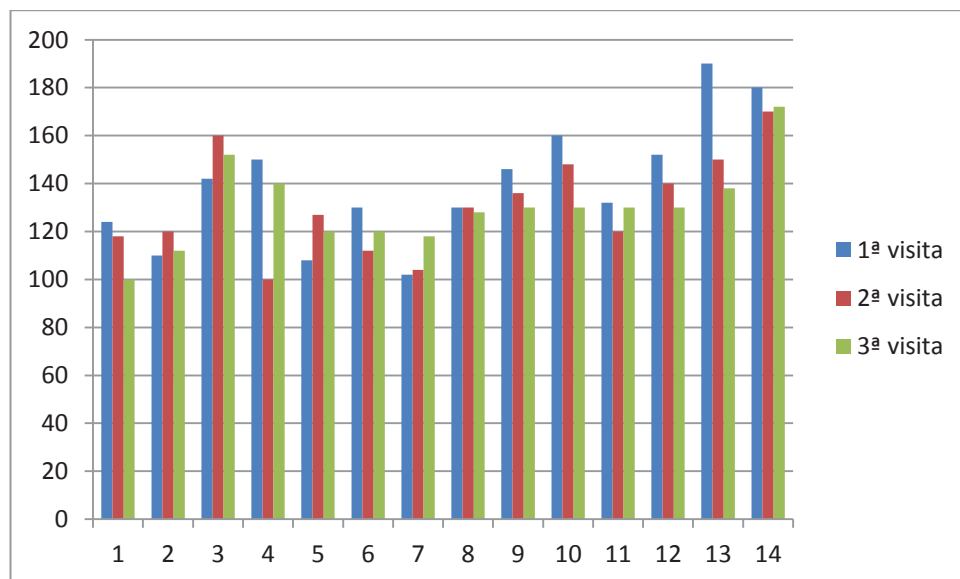
Diferença entre as visitas	Diferença média	Limite Inferior	Limite Superior	P-Valor
1-2	8,642857143	-7,895824294	25,18153858	0,297
1-3	9,714285714	-6,824395722	26,25296715	0,242
2-3	1,071428571	-15,46725287	17,61011001	0,8964

Legenda: Para identificar diferença significativa entre as três visitas utilizou-se o teste de Fisher. Significância estatística, com $p < 0,05$.

Fonte: O autor (2019).

Apesar de não haver redução significativa dos valores da PAS, observou-se a redução das médias dos valores pressóricos dos participantes ao longo do acompanhamento (GRÁFICO 1).

GRÁFICO 1 – VARIAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.



Fonte: O autor (2019).

Para a pressão arterial diastólica, entre a 1ª e 2ª visitas, foi obtido $p=0,1249 > \alpha$, entre a 1ª e 3ª visitas $p=0,1768 > \alpha$ e entre a 2ª e 3ª visitas $p=0,8483 > \alpha$. Também não há diferença significativa entre os valores (TABELA 21).

TABELA 21 – DIFERENÇA MÉDIA DA PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.

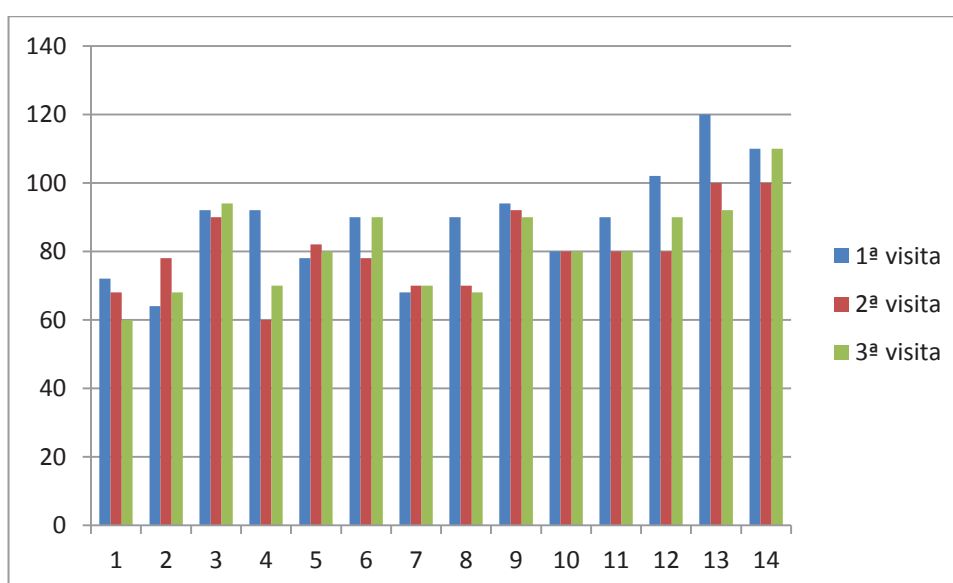
Diferença entre as visitas	Diferença média	Limite Inferior	Limite Superior	P-Valor
1-2	8,142857143	-2,360730907	18,64644519	0,1249
1-3	7,142857143	-3,360730907	17,64644519	0,1768
2-3	-1	-11,50358805	9,50358805	0,8483

Legenda: Para identificar diferença significativa entre as três visitas utilizou-se o teste de Fisher. Significância estatística, com $p < 0,05$.

Fonte: O autor (2019).

A mesma observação foi perceptível com os valores da PAD, apesar de não apresentar redução estatisticamente significativa, houve uma melhora nos valores pressóricos dos participantes ao longo do acompanhamento (GRÁFICO 2).

GRÁFICO 2 – VARIAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.



Fonte: O autor (2019).

Além disso, foi possível observar que o número de participantes com os valores pressóricos dentro dos parâmetros da normalidade aumentou: participantes com a PAS dentro da normalidade aumentou 14,28% entre a 1ª e 2ª visitas, 28, 57% entre a 1ª e 3ª visitas e 14,28% entre 2ª e 3ª visitas; PAD dentro da normalidade aumentou 35,71% entre a 1ª e 2ª visitas, 21,42% entre a 1ª e 3ª visitas e reduziu em 14,28% entre 2ª e 3ª visitas (QUADRO 2):

QUADRO 2 – VARIAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA E DIASTÓLICA DOS 14 PARTICIPANTES NAS TRÊS VISITAS DO GERENCIAMENTO DE CASO. GUARAPUAVA, PARANÁ, BRASIL, 2019.

Paciente	PAS (mmHg) 1ª VISITA	PAS (mmHg) 2ª VISITA	PAS (mmHg) 3ª VISITA	PAD (mmHg) 1ª VISITA	PAD (mmHg) 2ª VISITA	PAD (mmHg) 3ª VISITA
1	124	118	100	72	68	60
2	110	120	112	64	78	68
3	142	160	152	92	90	94
4	150	100	140	92	60	70
5	108	128	120	78	82	80
6	130	112	120	90	78	90
7	102	104	118	68	70	70
8	130	130	128	90	70	68
9	146	136	130	94	92	90
10	160	148	130	80	80	80
11	132	120	130	90	80	80
12	152	140	130	102	80	90
13	190	150	138	120	100	92
14	180	170	172	110	100	110
Nº de participantes com PAS < 140 mmHg e PAD < 90	7	9	11	5	10	8

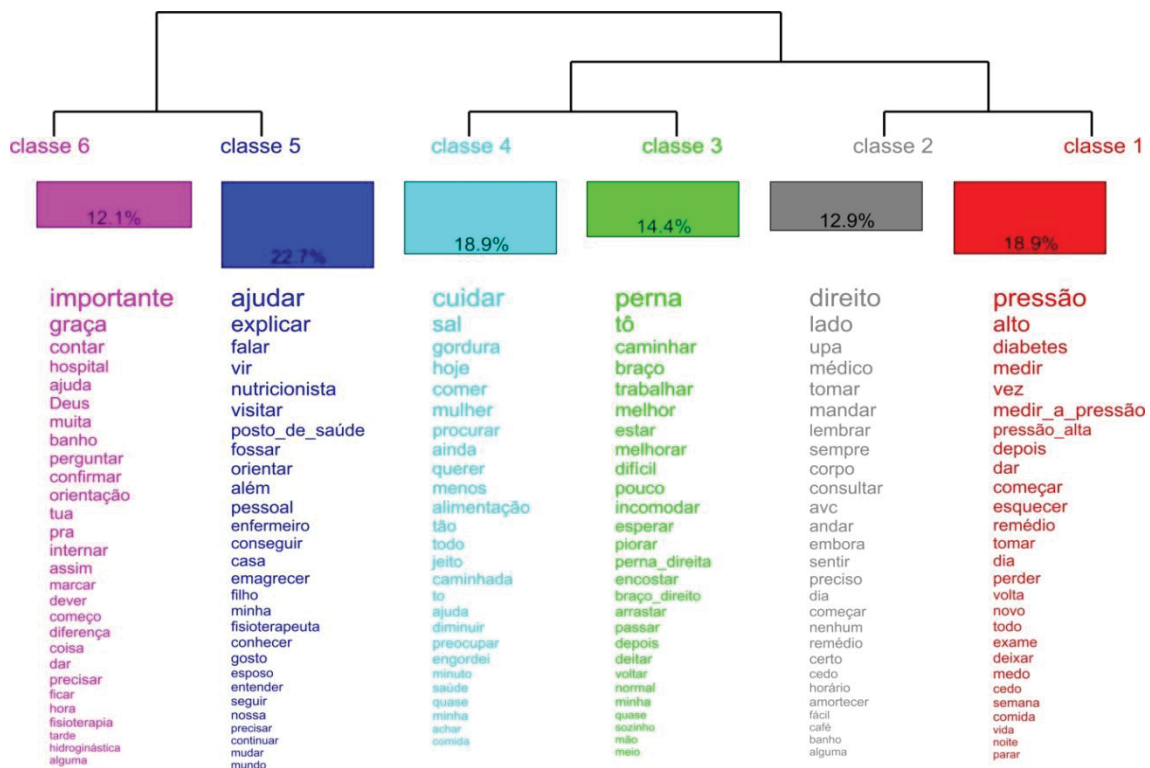
Legenda: PAS – pressão arterial sistólica. PAD – pressão arterial diastólica. mmHg – milímetros de mercúrio.
Fonte: O autor (2019).

4.2 ENTREVISTAS

O processamento do *corpus* foi realizado em 12 segundos após ser importado ao *software* Iramuteq, com um aproveitamento de 84,08%, uma vez que foram utilizados 132 segmentos de texto dos 157 classificados.

No dendograma, o *corpus* foi dividido em dois *subcorpus*. O primeiro contempla a classe 6 com 12,1% do total de UCE e a classe 5 com 22,7% do total de UCE. No segundo *subcorpus*, houve uma nova divisão, dando origem às classes 4 e 3, cada uma com 18,9% e 14,4% do total de UCE, respectivamente. Na outra divisão desse *subcorpus*, ficou a classe 2 com 12,9% e a classe 1 com 18,9% do total de UCE. Abaixo de cada classe, encontra-se uma lista de palavras geradas a partir do teste de qui-quadrado (FIGURA 14).

FIGURA 14 – DENDOGRAMA COM A PORCENTAGEM DE UCE EM CADA CLASSE E PALAVRAS COM MAIOR QUI-QUADRADO (X²) FORNECIDO PELO *SOFTWARE* IRAMUTEQ - GUARAPUAVA, PR, 2019.



Fonte: *Software* IRAMUTEQ (2019).

As duas classes que compõe cada *subcorpus* foram unidas para a análise devido à similaridade de UCE, passando a serem denominadas categorias.

Na classe 1 as expressões correspondem a questões relativas aos cuidados que as pessoas pós-AVC tem consigo mesmo, com a doença e o tratamento.

[...] continuo verificando a pressão todo dia. Faço exercício no simulador de caminhada todo dia, comecei fazendo 20 minutos e agora faço 1 hora de caminhada. (P3)

[...] Faço caminhadas umas duas vezes na semana por 1 hora. (P5).

[...] hoje eu faço muita coisa pela minha saúde, me cuido muito na alimentação e se eu tenho chance de caminhar, eu caminho (P9)

[...] fiquei com medo depois que tive o AVC, estou cuidando muito da pressão, tenho que medir todo dia várias vezes, para não ter outro AVC (P7).

[...] antes eu bebia 3 caixas de cerveja, essa semana bebi 3 latas de cerveja, o cigarro é difícil largar, antes fumava 4 carteiras, hoje fumo 2! Agora aqui em

casa não usamos mais tempero pronto na comida, faço caminhada com minha esposa, ainda é pouco, uns 15 minutos por dia. (P10)

[...]Hoje eu me preocupo mais com a saúde pelo medo de uma recidiva, porque sei que isso pode acontecer! (P6)

Na classe 2 observa-se o auxílio dos serviços de saúde para os cuidados e tratamento dos participantes.

[...] agora eu tomo o remédio certinho. Imagine ter outro AVC e ficar numa cama sem poder andar?! (P7)

[...]a primeira coisa que eu faço de manhã cedo é medir a pressão, a glicemia e tomar meus medicamentos! (P9)

[...] depois do AVC também fiquei mais esquecido, mas do remédio eu lembro sempre, tomo no horário e quantia certos! (P4)

Dessa forma, as classes 1 e 2 correspondem à primeira categoria, denominada “autogestão do cuidado”, a qual apresenta as mudanças de atitudes dos participantes relacionadas ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, devido, principalmente, ao medo de apresentar um novo episódio de AVC.

Na classe 3 registra as dificuldades apresentadas pelos participantes depois do AVC, conforme depoimentos a seguir:

[...] sofro demais com o pouco que me aconteceu. A perna está mais pesada, está difícil até para caminhar pequenos trechos. (P12)

[...]Caminhar não é fácil, a perna direita me incomoda. Embora já esteja melhor, ainda é difícil! (P9)

A classe 4 fala da repercussão das sequelas para a vida dos participantes:

[...] não consigo andar sozinha direito, sempre preciso de pessoas para me ajudar a tomar banho, vou lavar o cabelo não consigo baixar a cabeça! (P11)

[...] Precisei de muita ajuda no começo para tomar banho, caminhar e comer. Fico nervosa e triste por não conseguir fazer as coisas como fazia antes. (P2)

Portanto, a segunda categoria foi composta pelas classes 3 e 4, a qual apresenta as dificuldades enfrentadas pelos participantes pós-AVC, denominada: “sequelas e repercussões tardias do AVC”.

A classe 5 remete a utilização dos equipamentos dos serviços de saúde disponíveis na comunidade que foram possibilitados pela ação do gerente de caso.

[...] todos da minha família ajudam, sabem o que eu posso comer, eles estão sempre aqui. Minha esposa também conseguiu emagrecer! (P12)

[...] Foi por causa da sua ajuda que o posto de saúde marcou minhas fisioterapias e até a hidroginástica eu consegui, o que é muito difícil né?!(P8)

[...] Depois que você falou com o pessoal do posto de saúde é que eles vieram me visitar quando ganhei alta do hospital, o momento mais difícil! (P10)

Na classe 6 as falas demonstram o papel do gerente de caso na resolução de problemas para além do adoecimento.

[...] Você falou com a enfermeira do posto de saúde quando eu precisava consultar para arrumar meus remédios da pressão alta, além disso, você era a única pessoa que vinha me visitar(...) você me explicou por que eu tive o AVC e o que precisava fazer para evitar outro. (P7)

[...] Foi muito importante o que você fez, explicou para mim e para minha família como lidar com as sequelas do AVC. (P10)

[...] o seu apoio foi muito importante para mim. Quantos pacientes passaram por isso e não tiveram as mesmas orientações que eu tive? Ainda bem que para mim foi diferente. (P6)

Nesse sentido, a terceira categoria é denominada “apoio recebido pós-AVC” e corresponde às classes 5 e 6. Ela reflete os benefícios proporcionados pelo enfermeiro gerente de caso durante as visitas de acompanhamento.

5 DISCUSSÃO

Para este capítulo também foi adotada a divisão em duas partes: a primeira contempla a discussão sobre os resultados do gerenciamento de caso e a segunda sobre a percepção dos participantes acerca do gerenciamento de caso.

5.1 GERENCIAMENTO DE CASO

O perfil dos participantes da pesquisa teve o predomínio de pessoas do sexo masculino, idade entre 56 e 65 anos, casadas ou em união estável, escolaridade de no máximo quatro anos, exercendo atividades do lar, morando no mesmo domicílio de 2 a 3 pessoas e uma renda mensal de um a dois salários mínimos. Esses dados coadunam com o exposto em um estudo de revisão descritiva, o qual apresentou que a idade média dos pacientes vítimas de AVC admitidos na enfermaria de neurologia de um hospital Universitário em São Paulo era de 53,4 anos e a proporção de homens foi de 62,3% (RODRIGUES; SANTANA; GALVÃO, 2017).

Um estudo que apresenta resultados sociodemográficos semelhantes aos desta pesquisa foi o realizado no interior de São Paulo, com análise de 1095 prontuários de pacientes com diagnóstico de AVC no ano de 2014. A predominância do sexo atendido também foi o masculino (51,9%), com a sua maioria casada ou em união estável e com idade média de 65 anos. A única diferença foi em relação à escolaridade, com uma média de quatro anos a mais do que o encontrado nesta pesquisa, totalizando oito anos de estudo (RIBEIRO et al., 2016).

Outro estudo, com resultados que corroboram os encontrados nesta pesquisa, foi o realizado em Recife em 2014, com 631 adultos, com o objetivo de analisar a prevalência e os fatores associados às Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT). Foi verificado que as DCNTs eram mais prevalentes em pessoas do sexo masculino, na faixa etária de 50 a 59 anos, de classes econômicas baixas e com menores níveis de instrução (de zero a oito anos de estudo) (MELO et al., 2019).

Em relação à predominância de participantes do sexo masculino, sabe-se que o número de hipertensos, em todo o mundo, é maior em mulheres, porém, há maior incidência de complicações da HAS em homens (CORREIA; OLIVEIRA, 2011), e isso pode estar relacionado ao fato de os homens buscarem menos os serviços de saúde, além de não

acompanharem os tratamentos devidamente, tornando-os mais suscetíveis à ocorrência de eventos cardiovasculares (LIMA et al., 2016).

Acerca da escolaridade, a pesquisa realizada em um hospital filantrópico de Goiânia com 16 pacientes vítimas de AVC apresentou, em sua maioria, pessoas com até quatro anos de estudo, correspondente à mesma média encontrada nesta pesquisa. Já a renda mensal média da família foi descrita entre um e cinco salários mínimos, enquanto aqui foi mais baixa, entre um a dois salários mínimos (PAIVA et al., 2015).

Outro estudo, também realizado no interior do Paraná, com objetivo de analisar os riscos de desenvolvimento de AVC em pacientes com HAS, identificou que a renda mensal dos participantes era de um a três salários mínimos, resultado próximo ao encontrado nesta pesquisa, que foi de um a dois salários mínimos. Considera-se relevante o fato de ambas as pesquisas serem realizadas no mesmo estado, com semelhanças culturais e geográficas (CORREIA; OLIVEIRA, 2011).

As DCNTs e suas complicações atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas, porém, apresentam-se de maneira mais intensa em grupos de baixa escolaridade e renda, indo ao encontro dos achados desta pesquisa. As pessoas com menor escolaridade e que vivem em locais menos favorecidos são desproporcionalmente afetadas por doenças crônicas, isso se deve, muitas vezes, pelas desvantagens sociais e maior vulnerabilidade (BRAVEMAN et al., 2011).

Nesse sentido, Negreiros et al. (2016) trazem que a baixa escolaridade contribui para a dificuldade na compreensão e seguimento adequado do tratamento, por isso o acompanhamento contínuo para essas pessoas se faz necessário, como o gerenciamento de caso realizado nesta pesquisa. Além disso, esse modelo de cuidado contribui também para aqueles com diferenças socioeconômicas, uma vez que facilita o acesso aos serviços de saúde, melhora o grau de informação, da compreensão do problema, dos cuidados e da adesão ao tratamento. Sendo assim, a renda e a escolaridade são elementos contribuintes para o desenvolvimento ou para o agravamento de doenças, pois podem atrasar a detecção do diagnóstico de forma oportuna e, portanto, impedir a prevenção de complicações, fato esse que se assemelha ao perfil dos participantes deste estudo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Sobre as comorbidades referidas pelos participantes, observa-se que todos os participantes possuíam ao menos uma, já que hipertensão era critério de inclusão. Além disso, o mesmo participante relatou no máximo quatro comorbidades, e todas eram consideradas doenças crônicas. Comorbidades são definidas como a presença de doenças adicionais a uma

doença índice, estão associadas a comprometimento funcional e a mau prognóstico para os indivíduos afetados. Conhecer essas condições implica política de saúde, pois podem elevar as taxas de internamento, maior permanência hospitalar e maiores complicações (GLYNN et al., 2011).

Em estudo realizado com um banco de dados no Reino Unido, com pacientes que tiveram um primeiro diagnóstico de Doenças Cardiovasculares (IAM, angina, AVC) entre os anos de 2000 e 2014 a fim de investigar a carga de comorbidades, descobriu que as mais incidentes foram as de condição cardiometabólica, seguidas de doença mental e musculoesquelética (TRAN et al., 2018). Esses dados corroboram os achados desta pesquisa, uma vez que a comorbidade isolada mais prevalente foi o diabetes *mellitus*, mas ao associar as condições cardiovasculares, elas se tornaram as mais relatadas.

Os participantes da pesquisa apresentaram grande associação entre HAS e diabetes *mellitus*, isso se dá, muitas vezes, por apresentarem aspectos semelhantes relacionados aos fatores de risco, tratamento medicamentoso e não medicamentoso, além do caráter de cronicidade e seus métodos para prevenção de complicações, assintomatologia em estágios iniciais e a necessidade de acompanhamento da equipe de saúde continuamente (NEGREIROS et al., 2016).

Um estudo realizado com 5325 indivíduos atendidos em um centro médico acadêmico para o diagnóstico de AVC da Universidade de Kentucky nos Estados Unidos, entre os anos de 2010 a 2017, revelou que as comorbidades com maior prevalência foram a HAS, dislipidemia, tabagismo, diabetes, obesidade e doença arterial coronária (DAC) (KITZMAN et al., 2019). Embora no referido estudo, a HAS tenha sido um critério de inclusão, percebe-se a sua forte relação com o AVC, o qual, juntamente com o diabetes *mellitus*, configuram grande prevalência entre as vítimas de AVC, como nesta pesquisa.

É preciso destacar que as condições mais prevalentes são relacionadas fisiopatologicamente, chamadas comorbidades concordantes, como hipertensão, insuficiência valvar, diabetes e obesidade, conhecidas por se agruparem na população geral (KIRCHBERGER et al., 2012), porém, também foram relatadas as consideradas discordantes, como a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), neoplasia e depressão.

O estudo de Tran et al. (2018) demonstrou que, embora algumas comorbidades possam ser explicadas pelo aumento da expectativa de vida da população, seus resultados apresentaram que houve semelhança no aumento de múltiplas condições crônicas em diferentes faixas etárias (a prevalência de cinco ou mais comorbidades aumentou de 6,3% para 24,3% de 2000 a 2014). Esse dado coaduna com os achados desta pesquisa, uma vez que

os participantes apresentaram uma baixa faixa etária, com no máximo 65 anos, sugerindo que a idade não foi o principal fator de aumento das comorbidades, mas outros fatores, como por exemplo, o estilo de vida.

A comorbidade da HAS era critério de inclusão para a pesquisa e a metade dos participantes referiu possuírem esse diagnóstico de zero a cinco anos, seguida daqueles que o possuem de cinco a vinte anos e somente um disse tratar há mais de vinte anos. De acordo com Lima et al. (2016), o número de pessoas diagnosticadas com HAS cresceu 65,1% até 2003, enquanto aqueles em tratamento cresceu 77,0%. Percebe-se que os participantes desta pesquisa contribuem para o aumento do número de pessoas com HAS e que estão em tratamento.

Uma pesquisa realizada em um serviço de Neurologia de um hospital filantrópico no Ceará, com o objetivo de identificar os fatores de risco para AVC em pacientes hipertensos, além de reafirmar que a HAS é o maior fator de risco para a ocorrência da doença, também apresentou que a maioria dos participantes tratavam a HAS entre um e três anos, enquanto a minoria o fazia há mais de cinco anos. Esse resultado corrobora os encontrados nesta pesquisa, uma vez que a maioria dos participantes sabiam do diagnóstico, tratavam a doença há pouco tempo e já apresentavam pelo menos uma complicação que é o AVC. Esse fato sugere a ineficácia ou não adesão ao tratamento ou, ainda, uma detecção tardia da doença, muitas vezes no mesmo momento do diagnóstico da sua complicação (LIMA et al., 2016).

Em outro estudo, ao serem questionados sobre internamentos anteriores ao AVC atual, a maioria dos participantes relataram que pelo menos 12 meses antes ficaram em unidade hospitalar devido à crise hipertensiva. Essa condição está entre as principais complicações da HAS e configura um aumento súbito da pressão arterial com valores superiores a 180mmHg para sistólica e 120mmHg para diastólica (MINELI et al., 2018).

A crise hipertensiva remete a um alerta para possíveis complicações, uma vez que a sua principal consequência são as lesões de órgão alvo, como coração, cérebro e rim, além de oferecer risco à vida. Por isso, é de fundamental importância que os serviços de saúde sejam efetivos em sua intervenção para o desfecho da crise hipertensiva, prevenindo o grave curso dessa condição, sem esquecer as ações para prevenir sua recidiva e maiores complicações (PIERIN, FLORIDO, SANTOS, 2019). Infelizmente, isso não foi possível de ser aplicado com os participantes desta pesquisa, uma vez que já haviam desenvolvido o AVC.

Sobre o uso de medicamentos, percebeu-se que a média diária dos participantes da pesquisa era de 5,9 medicamentos. Esse dado corrobora os encontrados em um estudo realizado no Ceará com o objetivo de conhecer o perfil dos pacientes com AVC em

tratamento domiciliar, o qual referiu a média diária de 5,67 medicações. Isso demonstra que os pacientes acometidos por uma complicação de doença crônica utilizam mais de um medicamento por dia devido à sua complexidade (OLIVEIRA et al., 2013).

Dentre os medicamentos utilizados pelos participantes, pelo menos um era anti-hipertensivo. Essa situação comprova a necessidade de adesão ao tratamento medicamentoso, uma vez que ele ajuda a controlar doenças existentes e a prevenir possíveis complicações. Dessa forma, espera-se que pessoas que aderem ao tratamento anti-hipertensivo, tenham redução na incidência ou no retardo na ocorrência de complicações cardiovasculares (NEGREIROS et al., 2016).

A HAS, muitas vezes, não é considerada como algo que requer adesão ao tratamento de maneira contínua, uma vez que é assintomática. Essa situação contribui para a baixa adesão e aumenta o risco de complicações. Observa-se que muitas pessoas com hipertensão não sentem a necessidade de mudar hábitos de vida até que surjam as complicações, como o AVC nesta pesquisa. Um estudo com 385 hipertensos em Londrina, no Paraná, demonstrou uma maior adesão ao tratamento farmacológico após uma complicação de infarto agudo do miocárdio ou AVC, representando 78,7% (GIROTTI et al., 2013).

Nesse sentido, na presente pesquisa, os participantes eram jovens, com pouco tempo de diagnóstico de hipertensão e, por meio dos depoimentos, percebe-se que a preocupação com a mudança de hábitos se deu após o AVC, despertando o cuidado com alimentação, atividade física, controle dos níveis pressóricos e adesão ao tratamento medicamentoso, principalmente pelo medo de um novo episódio dessa complicação.

Percebe-se, também, que houve uma redução no número de medicamentos utilizados pelos participantes durante as três visitas do acompanhamento. Isso demonstra que a fase aguda do AVC contempla mais medicações, a fim de minimizar as suas sequelas e melhorar o prognóstico, especialmente os antiagregantes plaquetários (GIROTTI; FENG, 2019).

Sobre as ações mais desenvolvidas pelo enfermeiro gerente de caso durante o acompanhamento, observa-se que as orientações sobre mudanças alimentares e a necessidade de adesão ao tratamento não medicamentoso foram realizadas para todos os participantes devido à fragilidade de conhecimento nessas áreas. Nessa perspectiva, ao trabalhar com hipertensos, o enfermeiro é indicado a assumir o papel de gerente de caso por ser o profissional de saúde mais próximo do paciente. Alguns estudos avaliam positivamente a ação do enfermeiro no gerenciamento de caso com hipertensos, especialmente quando se trata do efeito das orientações sobre os comportamentos saudáveis no estilo de vida e sobre a adesão ao tratamento (OZPANCAR; PAKYUZ; TOPCU, 2017).

A hipertensão e suas complicações demandam um tratamento longo. Capacitar os indivíduos a lidar com a nova situação exige ensinamentos para a manutenção de comportamentos saudáveis e aconselhamentos em longo prazo a fim de possibilitar habilidades de autogestão. Para proporcionar o atendimento adequado e incentivar a adesão ao tratamento, é preciso informar as pessoas com HAS sobre a importância da mudança do estilo de vida. As orientações devem se dar acerca dos padrões de dieta saudável (baixa ingestão de sódio, maior consumo de hortaliças e frutas), sobre prática regular de exercícios físicos, além de reduzir o consumo de bebida alcoólica e tabagismo (BOFFA et al., 2019; INCIRKUS; NAHCIVAN, 2015). Percebe-se que essas orientações foram realizadas pelo gerente de caso desta pesquisa, considerando a necessidade de cada um, mas abordando-as de maneira enfática na maioria dos casos.

Outra ação desenvolvida pelo gerente de caso com muitos participantes foi o encaminhamento para profissionais de outras especialidades durante a segunda visita. Isso demonstra a importância de o enfermeiro gerente de caso perceber a necessidade de trabalhar em cooperação com outros profissionais da saúde, como médicos, nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos, a fim de alcançar resultados mais efetivos e duradouros (OZPANCAR; PAKYUZ; TOPCU, 2017).

Nota-se, também, que a orientação e o incentivo para a prática de atividade física ocorreram com mais intensidade na terceira visita, quando os participantes já haviam apresentado certa melhora das incapacidades advindas com o AVC, estando aptos a realizar alguns exercícios. O enfermeiro deve revisar com os indivíduos os benefícios trazidos pela atividade física, para depois determinar junto deles quais exercícios e em qual intensidade podem realizá-los, sempre de maneira a motivá-los sobre os resultados positivos a serem atingidos (BOSWORTH et al., 2008). Vale ressaltar que a recomendação é de que os indivíduos realizem atividades leves no início, para depois passar às vigorosas, além disso, estudos demonstram que os exercícios aeróbicos são os mais indicados para prevenção da HAS (MALACHIAS, 2016).

Sobre as escalas utilizadas nesse estudo, observou-se que a de Rankin, destinada a mensurar o grau de incapacidade e de dependência dos participantes em suas atividades de vida diária, obteve diferença significativa entre a 1ª e 2ª visitas e também entre a 1ª e 3ª visitas. As vantagens dessa escala incluem a validade e a viabilidade de construção, aplicação em pouco tempo e flexibilidade para entrega presencial ou por telefone. Dentre as desvantagens está sua estrutura com apenas sete pontos, fato que pode deixar de fora aspectos importantes da recuperação (MAGUIRE; ATTIA, 2018).

Em estudo realizado na Inglaterra, pós-acompanhamento de um ano, destacou-se que a escala de Rankin pode ser empregada com segurança com o objetivo de auxiliar profissionais de saúde no planejamento de serviços/cuidados a serem realizados no período da reabilitação (QUINN et al., 2017). Nesse sentido, observa-se que a escala de Rankin auxiliou o planejamento das intervenções realizadas com os participantes desta pesquisa durante o gerenciamento de caso, de maneira a considerar que o resultado foi positivo, uma vez que os participantes apresentaram melhora na sua independência ao longo do acompanhamento, principalmente na deambulação, fato esse comprovado também por meio dos depoimentos.

A escala de NIHSS, capaz de realizar uma medida quantitativa do déficit neurológico na fase aguda após o AVC, não apresentou resultado significativo. Porém, verifica-se que a escala de NIHSS não consegue capturar a natureza de todos os déficits neurológicos, como medidas de velocidade marcha ou mobilidade, a deambulação, movimentos finos dos dedos, medidas cognitivas e sintomas sutis do hemisfério não dominante (YAGHI et al., 2016).

Um estudo prospectivo realizado com pacientes vítimas de AVC do Departamento de Neurologia do Hospital de Haukeland aplicou o NIHSS em até três horas do início dos sintomas e a escala de Rankin sete dias após o AVC. Os escores do NIHSS apresentaram melhora significativa na fase hiperaguda (seis a nove horas do início do AVC). Não apresentou melhora significativa na fase aguda subaguda (em até sete dias após o início do AVC). Dessa forma, o estudo demonstrou que, na fase hiperaguda, houve uma melhora rápida, muito provavelmente por diferentes mecanismos fisiopatológicos estarem envolvidos (NAESS et al., 2016). Ao falar sobre NIHSS, a qual tem maior relação com o prognóstico e com a escolha do tratamento para participante mediante a verificação da gravidade do AVC, observa-se que seu resultado não significativo pode ter relação com o fato de a escala ter sido aplicada no domicílio, durante a primeira visita, e não nas primeiras horas pós-AVC, ainda no internamento.

Quanto à adesão ao tratamento, não se percebeu resultado significativo entre as três visitas, ou seja, os participantes da pesquisa não aumentaram a adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão durante o acompanhamento. O tratamento da HAS consiste na terapia medicamentosa, relacionado ao uso de fármacos para o controle dos níveis pressóricos, e não medicamentosa, cujo fator principal é a mudança de estilo de vida. A adesão ao tratamento vai além da terapia farmacológica, é preciso considerar a experiência de vida e a subjetividade no processo de adoecer e de cuidar de si. Acredita-se que cerca de 40% a 60% dos pacientes não aderem ao tratamento medicamentoso, percentual esse que aumenta

quando se trata de mudanças dos hábitos alimentares, sedentarismo, tabagismo, etilismo, entre outros (SILVA et al., 2017).

Um estudo realizado na Turquia demonstrou que um dos principais fatores que impede o controle dos níveis pressóricos em até 25% é a não adesão ao tratamento. O fato de os sintomas da HAS tardarem a aparecer, de alguns efeitos colaterais gerados pelos medicamentos, do pouco vínculo com a equipe de saúde e das poucas informações sobre seu prognóstico e tratamento, bem como sobre seus benefícios e efeitos adversos, contribuem para a não adesão ao tratamento (INCIRKUS; NAHCIVAN, 2015). Os participantes desta pesquisa expressaram, por meio dos depoimentos, a ausência sentida por eles da equipe de saúde durante o tratamento da HAS, assim como de informações acerca das suas possíveis complicações e das formas de tratamento não medicamentoso, obtendo conhecimento sobre isso por meio da enfermeira gerente de caso após o desenvolvimento do AVC.

Outro estudo, com o objetivo de investigar fatores que impactam na adesão ao tratamento de hipertensos na Arábia Saudita, mostrou que a adesão ao tratamento era maior entre as mulheres do que entre os homens (ABDELHALIM; ZAHRANI; SHUAIBI, 2019). Essa informação vai ao encontro do resultado desta pesquisa, em que a maior parte dos participantes era do sexo masculino e sem resultado estatístico significativo para a adesão ao tratamento.

A não adesão ao tratamento da HAS está associada a resultados adversos à saúde. Nesse sentido, é recomendado que a educação em saúde seja uma ação regular para pacientes hipertensos, tornando-os corresponsáveis pelo seu tratamento, uma vez que a causa mais importante para uma pressão arterial não controlada é a não aderência ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso (ABDELHALIM; ZAHRANI; SHUAIBI, 2019). Assim, observou-se, na presente pesquisa, que apesar da aderência ao tratamento não ter aumentado e não ter apresentado resultado significativo estatisticamente para os valores de PAS e PAD, as médias das pressões arteriais reduziram e o número de pacientes com valores dentro dos parâmetros da normalidade aumentaram. Considera-se que os resultados poderiam ser melhores se o acompanhamento pelo gerenciamento de caso fosse por um período de tempo maior.

Em relação ao subconjunto hábitos, as variáveis tabagismo e ingestão de bebida alcoólica apresentaram redução significativa durante o acompanhamento. Embora a prevalência do tabagismo tenha diminuído, o número de fumantes aumenta devido ao crescimento da população. Atualmente, cerca de 12,4% dos pacientes com AVC têm sua condição atribuída ao tabagismo (LI et al., 2019).

Uma revisão sistemática, com o objetivo de verificar a relação entre AVC e tabagismo, demonstrou que há uma relação dependente, ou seja, foi descoberto um risco maior para o desenvolvimento de AVC em pessoas fumantes em comparação com não fumantes, e o risco aumentou em 12% a cada cinco cigarros por dia. Outro resultado importante obtido foi a não associação entre ex-fumantes e AVC, considerando-se que parar de fumar tem efeito positivo na incidência da doença (PAN et al., 2019). Dessa forma, é possível verificar que a redução do tabagismo dos participantes da pesquisa pode reduzir as chances de um novo episódio de AVC, mesmo que não cesse completamente esse hábito.

Sabe-se que o tabagismo é um fator de risco importante para o desenvolvimento do AVC, principalmente pela sua estreita relação com fatores inflamatórios que desempenham papel importante na fisiopatologia da doença. Estudo de metanálise que explorou os efeitos prognósticos do tabagismo em pacientes com AVC, verificou que pacientes fumantes os quais tiveram AVC são 10 anos mais jovens do que aqueles que desenvolveram AVC e nunca fumaram, indicando um primeiro episódio precoce (LI et al., 2019). Corroborando os dados desta pesquisa, em que a média de idade foi 56 a 65 anos, porém com dois participantes com idade abaixo dos 45 anos. Nesse sentido, considera-se que o gerenciamento de caso foi positivo ao contribuir com a redução do tabagismo dos participantes e, consequentemente, com novos episódios de complicações.

Juntamente com o tabagismo, o consumo de bebidas alcoólicas também reduziu entre os participantes durante o acompanhamento. Sabe-se que o alcoolismo é considerado, igualmente, um importante fator de risco para o desenvolvimento do AVC. Um estudo realizado, com o objetivo de identificar fatores associados e a influência, em longo prazo, do consumo excessivo de álcool em pacientes com AVC, verificou que 25% desses fazia uso pesado de álcool (três ou mais doses de bebidas por dia) e sofreram AVC com idade média de 60 anos, uma diferença de 14 anos a menos quando comparado aos que não consumiam álcool de maneira pesada (CASOLLA et al., 2012). Esse resultado remete à contribuição do alto consumo de álcool para o desenvolvimento de AVC precocemente.

O álcool é considerado um dos cinco principais fatores de risco para a carga global de doenças e dessas, quase 60% referem-se a condições crônicas, como as cardiovasculares (REHM; TAYLOR, 2016). Uma metanálise sobre as evidências da relação do AVC com a ingestão de álcool demonstrou que o consumo baixo de bebida alcoólica (até 20g/dia) estava associado a um baixo risco de desenvolver AVC. Porém, níveis maiores de consumo (>45g/dia) estavam fortemente associados ao aumento de risco de todos os tipos de AVC (ZHANG et al., 2014). Dessa forma, considera-se que a redução do consumo de bebidas

alcoólicas, nesta pesquisa, contribui positivamente para evitar novos episódios de AVC e para o controle dos níveis pressóricos.

Ainda sobre o subconjunto hábitos, a variável atividade física também apresentou resultado estatístico significativo, indicando que os participantes passaram a praticar algum tipo de atividade entre a primeira e a segunda visita e as mantiveram na terceira visita. Uma revisão sistemática, com objetivo de analisar o papel da atividade física pós-AVC, trouxe evidências de que essa prática contribui para o restabelecimento da saúde e para o aumento da qualidade de vida, além de contribuir para autonomia funcional, socialização, redução dos valores pressóricos e, conseqüentemente, do risco de novos eventos cerebrovasculares (BELFIORE et al., 2018).

Em um estudo realizado por meio de acompanhamento com a população japonesa vítima de AVC, foi identificado que atividades físicas de intensidade moderada eram as mais indicadas para a prevenção de AVC, podendo ser o primeiro episódio ou recidiva (KUBOTA et al., 2017). Um ensaio clínico randomizado com pacientes pós-AVC, submetidos a exercícios em esteira ou alongamento do corpo e acompanhados por seis meses, identificou que a caminhada pode proteger a perda de massa magra e interferir na saúde dos músculos vascular, neural e esquelético, os quais podem ter impacto positivo na não recorrência (SERRA et al., 2019). Esses achados corroboram o recomendado pelo gerente de caso nesta pesquisa, que era a prática de atividades de intensidade moderada, de preferência as aeróbicas, por pelo menos 30 minutos por dia, respeitando suas limitações.

Percebe-se que no subconjunto referente a hábitos dos participantes, os resultados foram positivos, como a redução do tabagismo e do consumo de bebida alcoólica e o aumento da prática de atividade física, fatores esses que podem contribuir para o processo de reabilitação, melhora da qualidade de vida, redução dos valores pressóricos e redução do risco de novo episódio de AVC.

O segundo subconjunto analisado foi referente à nutrição, o qual apresentou que os participantes reduziram o consumo de sódio, de gordura, de carboidratos e de açúcar durante o acompanhamento. Uma alimentação rica em gorduras, sódio e açúcar e pobre em legumes, verduras e frutas está associada ao desenvolvimento de doenças crônicas como HAS, diabetes *mellitus* e câncer. A predominância da alimentação atual dos brasileiros aponta para um consumo inadequado de alimentos, principalmente em população de baixa renda. Considera-se que a mudança no padrão alimentar pode decorrer da existência de uma doença, sendo um indicador positivo ao sinalizar cuidado com a saúde (MELO et al., 2019). Essa situação vai ao encontro do apresentado pelos participantes da pesquisa, embora não tivessem realizado uma

mudança na alimentação quando diagnosticados com HAS, fizeram-na após a complicação instalada.

Em termos de nutrição, uma alimentação rica em gordura, sal e açúcar está associada ao desenvolvimento de várias doenças. O sódio em excesso favorece o aumento da pressão arterial, sendo responsável por aproximadamente 30% dos casos de hipertensão. A gordura em demasia auxilia na formação da placa de ateroma, responsável pela obstrução arterial. O carboidrato e o açúcar contribuem para o aumento de peso e de glicemia, fatores importantes no processo de distúrbios cardiovasculares. Dessa forma, orientações para a conscientização sobre os efeitos do excesso desses alimentos na dieta aumentam as intenções comportamentais das pessoas em reduzir seus consumos. Pode-se dizer que orientar as pessoas sobre a dieta saudável e seus benefícios é uma estratégia de baixo custo e eficaz para a prevenção de AVC (CAO et al., 2019).

As orientações da gerente de caso sobre a alimentação baseavam-se na DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*), a qual estimula o consumo de hortaliças, frutas, laticínios com pouca gordura, cereais integrais, frango, peixe, redução da ingestão de carne vermelha, doces e bebidas com açúcar e, assim, contribui para a redução dos níveis pressóricos (SURI et al., 2019). Os participantes apresentaram redução no uso dos temperos prontos, sal de cozinha, carnes gordurosas, associação de carboidratos, refrigerantes, suco em pó, além de aumento do consumo de verduras, legumes, frutas, carnes magras e sucos naturais. Os novos hábitos alimentares também são observados nos depoimentos dos participantes.

Embora os participantes tenham aderido às recomendações da gerente de caso, reduzindo o consumo de sódio, gordura, carboidrato e açúcar, não obtiveram redução significativa de peso, IMC, circunferência abdominal e pressão arterial, de acordo com o terceiro subconjunto referente a medidas. Um estudo randomizado multicêntrico realizado em 35 locais do Brasil, verificou que a implementação de um programa nutricional baseado em diretrizes obteve ligeiramente uma melhora da adesão à recomendação da dieta em indivíduos com alguma doença cardiovascular, porém não apresentou melhora significativa dos fatores de risco como pressão arterial, glicemia e peso (WEBER et al., 2019). Por esse motivo, pode-se inferir que as mudanças alimentares necessitam acontecer por um período maior de tempo, só assim será um tratamento eficaz para o aparecimento de doenças crônicas e suas complicações.

O excesso de peso apresenta uma estreita relação com a ocorrência de AVC. A prevalência de doenças crônicas (64,3%) se dá em indivíduos com IMC ≥ 25 . O risco médio é

de 22% em pessoas com sobrepeso e de 64% entre os obesos. Sendo assim, é fundamental para a perda de peso a combinação de dieta saudável e prática de atividade física (MELO et al., 2019), fato abordado durante o gerenciamento de caso desta pesquisa, visando melhorar a qualidade de vida dos participantes, a reabilitação e a prevenção de novos episódios.

Além disso, um estudo realizado com adultos na China concluiu que o risco aumenta na mesma proporção em que aumenta a circunferência abdominal (YUAN et al., 2018). Outro estudo, transversal, com 1255 pacientes com o primeiro AVC, de cinco macrorregiões brasileiras, verificou que o número de pacientes com AVC e excesso de peso foi maior do que aqueles com AVC e IMC normais (VICENTE et al., 2018). Nesse viés, é imprescindível que indivíduos hipertensos procurem o controle dos níveis pressóricos e a perda de peso a fim de reduzir as complicações das doenças crônicas. Essa era uma das orientações realizadas aos participantes pela gerente de caso, além de pactuações para a redução de medidas.

Um estudo randomizado realizado em Taiwan, com objetivo de estudar o efeito na pressão arterial de intervenção de seis meses, concluiu que entre os idosos houve resultado significativo no aumento de atividade física e na redução da PAS (LEE; ARTHUR; AVIS, 2007). Observa-se que o aumento na prática de atividade física vai ao encontro dos achados neste estudo, porém no que se refere à pressão arterial, as conclusões são contrárias, não obtendo redução significativa entre os participantes.

Embora um dos objetivos desta pesquisa - a manutenção dos níveis pressóricos dentro dos parâmetros da normalidade - não tenha sido alcançado por não apresentar diferença estatística significativa, é possível observar que houve uma redução das diferenças das médias dos valores pressóricos entre as três visitas, além disso, durante o acompanhamento, o número de participantes com os valores da PAS e PAD dentro dos parâmetros da normalidade aumentou, em especial para a PAS.

Nesse sentido, um estudo randomizado, com o objetivo de avaliar a intervenção comportamental conduzida por enfermeira, visando melhorar o controle da pressão arterial, concluiu que mesmo com informações gerais e personalizadas, muitos adultos hipertensos ainda não conseguiram manter os níveis pressóricos controlados (BOSWORTH et al., 2008). Resultado parecido encontrou outro estudo randomizado liderado por enfermeiro em relação a mudanças de estilo de vida para prevenir doenças cardiovasculares. As intervenções não impactaram na redução da pressão arterial durante os seis meses, mas estavam associadas a um menor ganho na circunferência abdominal e concentrações reduzidas de triglicerídeos (TONSTAD; ALM; SANDVIK, 2007).

Percebe-se que os enfermeiros podem desempenhar um papel importante na promoção da saúde, na mudança de comportamentos de vida saudáveis e no aumento da adesão à medicação, como também, utilizarem de estratégias para os processos educacionais, os quais exigem que os pacientes sejam empoderados para realizarem a autogestão da sua saúde, com vistas a reduzir os fatores de risco para doenças cardiovasculares (CICOLINI et al., 2014).

5.2 ENTREVISTAS

Autogestão do cuidado, primeira categoria, refere-se à capacidade da pessoa de gerir os sintomas físicos e psicossociais, as mudanças de estilo de vida e as consequências trazidas pela condição de saúde, seja com auxílio de familiares ou individualmente, aspectos esses explicitados pelos participantes, os quais relataram adaptações e mudanças nos hábitos de vida e adesão medicamentosa com o estímulo e o apoio das ações desenvolvidas pelo gerente de caso.

A autogestão do cuidado refere-se ao ato de cuidar de si mesmo, a fim de alcançar o controle da doença, e tem forte relação com as doenças crônicas, devido às repercussões dessas para a morbimortalidade e os altos custos para o sistema (BALDUINO et al., 2013).

A incorporação da aferição da pressão arterial em sua rotina foi outra ação desenvolvida pelos participantes e que enfatiza a autogestão do cuidado. As intervenções no contexto das doenças crônicas consistem em identificar sintomas físicos, aprender a controlar e manusear dispositivos e equipamentos, como testes de níveis de glicose, além de realizar mudanças no estilo de vida para minimizar os danos trazidos por essas condições (GALVÃO; JANEIRO, 2013).

Os depoimentos dos participantes também demonstraram ações de autogestão realizadas com vistas, principalmente, à prevenção dos fatores de risco para complicações como o AVC, sendo as principais atitudes tomadas por eles a busca pela alimentação saudável e pela prática de atividade física, fato comprovado pelos dados quantitativos da pesquisa, com resultados significativos para alimentação e exercício. Ressalta-se que alimentação saudável, prática regular de exercício físico, controle do estresse, abstenção do consumo de álcool e tabaco, além do uso regular de medicação anti-hipertensiva, são as principais medidas para o controle da HAS e, conseqüentemente, para prevenir o desenvolvimento do AVC (MALACHIAS et al., 2016).

No relato de P10, verifica-se a dificuldade que este descreve em cessar por completo o consumo de bebida alcoólica e do tabaco, embora tenha conseguido reduzir a quantidade diária. Mesmo com dificuldade em realizar as mudanças de estilo de vida integralmente, a autogestão está presente no fato de o participante perceber as necessidades de sua saúde, configurando uma atividade colaborativa entre o doente e o profissional de saúde (BALDUINO et al., 2013).

Outra preocupação demonstrada pelos depoimentos dos participantes foi sobre aderir ao tratamento medicamentoso, fazendo uso correto da dose e nos horários prescritos, não somente quando lembra ou apresenta algum sintoma. Considera-se a adesão ao tratamento medicamentoso fundamental para o controle da pressão arterial e, conseqüentemente, para a prevenção de complicações cardiovasculares. Para um aumento na adesão e o sucesso do tratamento, há recomendações que os pacientes sejam acompanhados por uma equipe de saúde e que os familiares sejam envolvidos em todo o processo (MALACHIAS et al., 2016).

Um estudo realizado no Ceará, com uma amostra de 193 usuários cadastrados no Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus* da Atenção Básica (SIS-HIPERDIA), demonstrou que o AVC serviu como um alerta para provocar mudança de comportamento em relação à aderência ao tratamento medicamentoso para a HAS, (LIMA et al., 2016), o que coaduna com o encontrado nos depoimentos desta pesquisa, nos quais os participantes, após o AVC, demonstraram preocupação em aderir ao tratamento medicamentoso, porém os dados quantitativos não revelaram aumento na adesão medicamentosa ao longo do acompanhamento.

Em relação à segunda categoria, **sequelas e repercussões tardias do AVC**, nota-se, com os depoimentos, que entre as limitações encontradas pelos participantes desta pesquisa, a dificuldade em realizar caminhadas foi a mais frequente. Para uma deambulação independente, é necessária a melhora do equilíbrio postural, condição afetada em indivíduos com AVC devido ao comprometimento cognitivo e ao deslocamento do peso para o hemicorpo não afetado, o que compromete o desenvolvimento das atividades de vida diária e influencia na quantidade de suporte que o indivíduo precisa para caminhar (MEDEIROS et al., 2019).

A hemiplegia é a deficiência que ocorre com maior frequência entre as vítimas de AVC e resulta em dificuldades importantes no desenvolvimento das atividades de vida diária. Após o AVC, a região afetada do corpo apresenta estado de flacidez, com tônus muscular insuficiente para iniciar o movimento, principalmente durante as primeiras semanas. Dessa maneira, a incapacidade funcional é uma das sequelas mais significativas em decorrência do

AVC, além da diminuição da função cognitiva, o que indica uma influência negativa na recuperação a longo prazo e na sobrevivência desses pacientes (MIRANDA et al., 2018).

A fraqueza muscular e a perda de destreza são demonstradas por pessoas pós-AVC, o que traz implicações para a capacidade de andar de forma duradoura. Embora muitos recuperem alguma habilidade de locomoção, há, diversas vezes, desempenho reduzido na velocidade da caminhada, no comprimento do passo e na sua cadência. Essa condição, associada à falta de confiança para caminhar e ao medo de cair, muitas vezes limita a participação da pessoa com AVC na comunidade, por isso, reabilitar a deambulação interfere diretamente na participação social do indivíduo (NASCIMENTO et al., 2019).

A dificuldade em caminhar foi expressa enfaticamente pelos participantes desta pesquisa, mas não fizeram referência se era devido ao medo de cair ou à falta de equilíbrio, embora tenham demonstrado, nos depoimentos, a necessidade de apoio para a realização das atividades diárias. Percebe-se, pelos dados quantitativos, que os participantes mostraram melhora das incapacidades ao longo do acompanhamento, percebida pelo resultado significativo da escala de Rankin.

Observa-se, ainda, que o AVC, além de gerar déficit no funcionamento físico, sensorial e cognitivo, traz impacto no desempenho do indivíduo, no que diz respeito às atividades da vida diária, uma vez que as pessoas dependem do auxílio de outras. A dependência também influencia a capacidade de decisão sobre qual atividade fazer e quando desejam realizá-la, interferindo na autonomia e no aparecimento de sentimentos de angústia e de tristeza. Nessa situação, é importante que os cuidadores atrelem o cuidado à promoção da autonomia e da individualidade do ser (REIS et al., 2017).

Depender de familiar ou cuidador para realizar as atividades da vida diária, as quais eram antes desenvolvidas individualmente, traz, muitas vezes, sentimento de tristeza e ansiedade em pessoas que tiveram AVC, conforme apresenta o depoimento da participante P2. Esse mesmo fato foi abordado em estudo realizado com canadenses pós-AVC, o qual afirma que a ansiedade surge como um sofrimento recorrente entre as vítimas de AVC, uma vez que seus participantes apresentaram a ansiedade e a depressão como fatores limitantes para a interação social, devido aos comprometimentos físicos e à aceitação da nova condição (BARCLAY; RIPAT; MAYO, 2015; REIS; FARO, 2019).

A terceira categoria, **apoio recebido após o AVC**, representa a importância que pessoas de confiança, como parentes, parceiro, amigos, vizinhos, profissionais de saúde que tenham um relacionamento pessoal significativo e que ofereçam a assistência necessária, exercem sobre os resultados atingidos pelos participantes. A família é citada como um suporte

de motivação, contribuindo nas adequações das atividades diárias e no alcance dos objetivos estabelecidos pelo gerente de caso. Como o AVC afeta toda a família, a reabilitação deve ser focada no paciente e em seus cuidadores (SORENSEN; PEDERSEN; PALLESEN, 2019), assim como o realizado nesta pesquisa, em que além de acompanhar as visitas domiciliares dos participantes, faziam-se contatos telefônicos.

Um estudo realizado na Escócia demonstrou que os participantes os quais tiveram amigos íntimos e familiares em suas vidas no período pós-AVC, pareciam considerar que os regimes de tratamento eram menos onerosos do que aqueles que lidavam sozinhos. Eles descreveram a obtenção de apoio emocional, a tranquilidade e a ajuda na tomada de decisões, bem como a ajuda prática com tarefas domésticas, cuidados pessoais, terapias, medicamentos e viagens para consultas (GALLACHER et al., 2018).

O sentimento de falta do acompanhamento dos profissionais de saúde, em especial, daqueles lotados nas unidades de referência, também foi observado nos depoimentos. Essa situação corrobora um estudo realizado em 2015, o qual revelou que muitos pacientes vítimas de AVC demonstraram necessidade de orientações e de informações sobre o que estavam vivendo, buscando entender a melhor forma de se autoadministrar, relatando o medo de uma recidiva (PEARCE et al., 2015). Essa situação revela a importância que os profissionais de saúde têm em capacitar os sobreviventes de AVC em sua compreensão e na identificação de fatores de risco, fornecendo informações para todos os estágios de recuperação.

Esse fato foi observado também no estudo realizado na Escócia, em que muitos participantes relataram existir má comunicação entre os profissionais de saúde que os acompanhavam, explicitando a ausência da assistência da atenção primária. Além disso, os participantes manifestaram interesse em manter-se atualizados sobre o controle do AVC, refletindo sobre seus tratamentos, seu progresso e sua saúde em geral (GALLACHER et al., 2018).

Além das percepções supracitadas, os participantes da pesquisa identificaram, conforme os depoimentos, os benefícios trazidos pelo gerenciamento de caso conduzido por enfermeiro, além da importância do gestor de caso para sua recuperação, uma vez que se trata de um modelo de cuidado interdisciplinar organizado de modo individualizado para os pacientes. Tal aspecto foi abordado também por estudo sobre a análise dos benefícios associados à modificação de comportamentos no estilo de vida, o qual enfatizou a necessidade de os profissionais desenvolverem um plano de ação compatível com o nível de entendimento do paciente. Esse processo faz com que os pacientes sejam menos resistentes e mais abertos a discutir estratégias para modificar o seu estilo de vida, de modo a revisar o processo com

intervalos regulares e avaliar a necessidade de adequações. (MENDES, 2012; BAILEY, 2016).

No que tange aos benefícios trazidos pelo gerenciamento de caso, está a criação do vínculo entre o paciente com AVC e o profissional da saúde, o qual não foi citado pelos participantes desta pesquisa, porém, em seus relatos demonstram a existência de confiança entre eles e o gerente de caso. Essa relação de confiança e de responsabilização estabelecida ao longo do tempo contribui para a percepção de situações importantes, torna possível a efetividade das práticas em saúde, além de possibilitar a troca de experiências e saberes. Acredita-se que a adesão às propostas de cuidado, a partir das necessidades identificadas, torna-se fundamental para o alcance da melhoria da condição de saúde (BARROSO; MATTOS, 2016).

A criação do vínculo possibilita, ainda, que o enfermeiro, além de obter a confiança do paciente, possa advogar em relação às questões necessárias para a condução do tratamento com melhoria das sequelas advindas do AVC, situação desenvolvida pelo gerente de caso desta pesquisa, o qual foi, por diversas vezes, a voz do paciente, objetivando conseguir benefícios para sua recuperação (NOGARIO et al., 2015).

Os depoimentos dos participantes demonstraram que o gerenciamento de caso realizado pelo enfermeiro foi benéfico, uma vez que se sentiram mais informados e responsáveis pelo seu cuidado. Nessa mesma perspectiva, uma revisão de literatura, com busca realizada entre os anos 1990 e 2009, destacou que é algo positivo o gestor de caso ser enfermeiro, uma vez que ele é o contato principal do paciente e de sua família, logo, pode auxiliar e apoiar nas mudanças de estilo de vida por meio da educação em saúde, com vistas a reduzir o risco para doenças cardiovasculares (BERRA, 2011).

Esses dados reforçam a importância do gerenciamento de caso realizado pelo enfermeiro, sendo os próprios pacientes capazes de identificar os benefícios desse acompanhamento, além de expressarem o desejo de que todas as pessoas com AVC tivessem esse apoio por conta dos resultados positivos reconhecidos por eles, conforme apresentado nos depoimentos.

5.3 LIMITAÇÕES

As limitações deste estudo referem-se ao desenho proposto para tal, com a intervenção em um tempo limitado de seis meses, além do tipo de recrutamento utilizado, abarcando somente duas instituições hospitalares. Esse recrutamento resultou em um número reduzido de participantes, fato que pode permitir uma ação momentânea do gerente de caso, mas de difícil mensuração do impacto com poucas pessoas.

Outra questão a ser considerada foi o fato do protocolo estudo não ter previsto a mensuração da glicemia capilar dos participantes durante as visitas, visto que a associação da hipertensão e do diabetes *mellitus* contribui para os casos de AVC. Além disso, algumas variáveis foram autodeclaradas, as atividades educativas eram individualizadas e dependiam das necessidades expressas pelos participantes. Outra questão refere-se a avaliação da atividade de gerenciamento de caso, proposta para ser realizada somente um mês após o acompanhamento, e não durante o processo, além de ter sido feita pela própria pesquisadora.

6 CONCLUSÕES

Os depoimentos dos participantes explicitaram que o gerenciamento de caso realizado pelo enfermeiro possibilitou a advocacia em favor do paciente, principalmente no aspecto da detecção das demandas de cuidado do paciente e na possibilidade de estabelecer uma rede de cuidados mais efetiva, demonstrando que é uma ferramenta capaz de promover a saúde e aumentar a adesão ao tratamento.

Esse modelo de cuidado pode melhorar a visibilidade do enfermeiro no atendimento às doenças crônicas e na prevenção de complicações. Outro aspecto considerado importante é o gerenciamento de cuidado para paciente com complicação após a alta hospitalar ou durante a internação, o que certamente impactará na qualidade de vida desse paciente. A alta qualificada e o gerenciamento de caso podem ser o caminho para a melhoria da visibilidade do enfermeiro e para qualificação do seu trabalho.

A realização de pesquisas voltadas ao efeito do gerenciamento de caso para pessoas com AVC pode subsidiar os profissionais de saúde no planejamento e na implementação de formas de cuidar mais efetivas, voltadas para o atendimento das necessidades de saúde dos usuários e, assim, reduzir os vários graus de incapacidades, melhorar a qualidade de vida do paciente e os custos demandados ao tratamento e à reabilitação dessa população.

O desenvolvimento de pesquisa com métodos mistos, apesar do reduzido número de participantes, descortina problemas e soluções para condições crônicas. Este estudo aguçou tanto a necessidade de estudos longitudinais com gerenciamento de caso quanto a inserção de atividades educativas, além da utilização do enfermeiro como mediador entre as necessidades do paciente e da equipe de saúde.

Embora o gerenciamento de caso conduzido por enfermeiro deste estudo não tenha conseguido comprovar a sua interferência na manutenção dos níveis pressóricos, verificou-se que houve a redução desses durante o acompanhamento e, em relação aos fatores de risco, comprovou-se a significância estatística relacionada à prática de atividade física e à dieta mais saudável com redução de sódio, gordura, carboidrato e açúcar.

Pode-se confirmar a tese desta pesquisa, no que diz respeito ao auxílio do gerenciamento de caso conduzido pelo enfermeiro na redução de fatores que podem causar novos episódios de AVC nos seis primeiros meses pós-alta hospitalar.

A contribuição deste estudo para o ensino refere-se à aplicação do gerenciamento de caso no cuidado a doentes crônicos, fato que, mesmo enfatizado nas políticas públicas, ainda não está difundido para a comunidade de saúde; contudo, acredita-se que, se durante a

graduação, a ênfase for dada ao modelo de cuidado de gerenciamento de caso, o enfermeiro terá ferramentas para qualificar a profissão e, com isso, beneficiar as pessoas sob sua responsabilidade.

REFERÊNCIAS

- ABDELHALIM, H. N.; ZAHRANI, A. I.; SHUAIBI, A. M. Factors affecting treatment compliance of patients on antihypertensive therapy at National Guard Health Affairs (NGHA) Dammam Primary Health Care Clinics (PHCC). **Journal of Family & Community Medicine**, v. 26, n. 3, p. 168-172, 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6755766/>>. Acesso em: 18 nov. 2019.
- AINSWORTH, B. E. et al. Compendium of Physical Activities: a second update of codes and MET values. **MedSci Sports Exerc**, v. 43, n. 8, p. 1575-81, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21681120>>. Acesso em: 16 ago. 2016.
- AMERICAN HEART ASSOCIATION. Heart Disease and Stroke Statistics – 2015 Update. Update. A Report From the American Heart Association. **Circulation**, v. 131, n. 4, p. 29-322, 2015. Disponível em: <<https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/CIR.000000000000152>>. Acesso em: 22 set. 2019.
- BARCLAY, R.; RIPAT, J.; MAYO, N. Factors describing community ambulation after stroke: a mixed-methods study. **Clinical rehabilitation**, v. 29, n. 5, p. 509-521, 2015. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0269215514546769>>. Acesso em: 22 set. 2018.
- BARROSO, V. G.; PENNA, C. M. M. Sentimento de Pertencimento na Constituição do Vínculo em uma Autogestão de Saúde Suplementar. **Cienc Cuid Saúde [Online]**, v. 15, n. 4, p. 616-623, 2016. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/33385/18468>>. Acesso em: 19 out. 2019.
- BARTON, B.; PEAT, J. **Medical statistics: A guide to SPSS, data analysis and critical appraisal**. John Wiley & Sons, 2014.
- BAILEY, R. R. Lifestyle modification for secondary stroke prevention. **American journal of lifestyle medicine**, v. 12, n. 2, p. 140-147, 2016. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1559827616633683>>. Acesso em: 29 ago. 2019.
- BALDUINO, A. F. A. et al. Análise conceitual de autogestão do indivíduo hipertenso. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 34, n. 4, p. 37-44, 2013. Disponível em: <<https://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/42867>>. Acesso em: 23 out. 2019.
- BELFIORE, P. et al. Adapted physical activity and stroke: a systematic review. **The Journal of sports medicine and physical fitness**, v. 58, n. 12, p. 1867-1875, 2018. Disponível em: <<https://europepmc.org/abstract/med/29072029>>. Acesso em: 22 set. 2019.
- BERRA, K. Does Nurse Case Management Improve Implementation of Guidelines for Cardiovascular Disease Risk Reduction? **J Cardiovasc Nurs**, v. 26, n. 2, p. 145-67, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21076315>>. Acesso em 31 out.2019.

BOFFA, R. J. et al. Hypertension in adults: summary of updated NICE guidance. **Bmj**, v. 367, l5310, 2019. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/367/bmj.l5310>>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BOSWORTH, H. B. et al. Take Control of Your Blood Pressure (TCYB) study: a multifactorial tailored behavioral and educational intervention for achieving blood pressure control. **Patient education and counseling**, v. 70, n. 3, p. 338-347, 2008. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399107004478>>. Acesso em: 12 set. 2018.

BOULT, C.; WIELAND, G. D. Comprehensive primary care for older patients with multiple chronic conditions: “Nobody rushes you through”. **Jama**, v. 304, n. 17, p. 1936-1943, 2010. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/186810>>. Acesso em: 09 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde : Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 665, de 12 de abril de 2012. Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 12 de abril de 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.html>. Acesso em: 22 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de rotinas para atenção ao AVC** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral**. – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 800, de 17 de junho de 2015. Altera, acresce e revoga dispositivos da Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril de 2012, que dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Seção 1, de 19 de junho de 2015, p. 34. Brasília, DF, 17 jun. 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0800_17_06_2015.html>. Acesso em: 12 ago. 2019.

BRAVEMAN, P. A. et al. Health disparities and health equity: the issue is justice. **American journal of public health**, v. 101, n. S1, supl. 1, p. 149-155, 2011. Disponível em: <<https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.2010.300062>>. Acesso em: 18 jun. 2018.

BRITO, E. S.; PANTAROTTO, R. F. R.; COSTA, L. R. L. G. A hipertensão arterial sistêmica como fator de risco ao acidente vascular encefálico (AVE). **J Health Sci Inst**. V. 29, n. 4, p. 265-268, 2011. Disponível em: <https://200.136.76.129/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2011/04_out-dez/V29_n4_2011_p265-268.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2019.

BRITO, R. G. de et al. Instrumentos de avaliação funcional específicos para o acidente e vascular cerebral. **Rev neurocienc**, v. 21, n. 4, p. 593-599, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8145>>. Acesso em: 12 mai. 2017.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. Universidade Federal de Santa Catarina [Internet]. 2018. Disponível em: <<http://iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-portugais-22-11-2018>>. Acesso em: 28 dez 2019.

CAO, J. et al. Age-Period-Cohort Analysis of Stroke Mortality Attributable to High Sodium Intake in China and Japan: GBD Data 1990 to 2016. **Stroke**, v. 50, n. 7, p. 1648-1654, 2019. Disponível em: <<https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/STROKEAHA.118.024617>>. Acesso em: 28 out. 2019.

CANEDA, M. A. G. et al. Confiabilidade de escalas de comprometimento neurológico em pacientes com acidente vascular cerebral. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 64, n. 3-A, p. 690-7, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/anp/v64n3a/a34v643a.pdf>>. Acesso em: 06 fev. 2018.

CASARIN, S. N. A. Gerenciamento de caso: análise de conceito. 2000. 113 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

CASE MANAGEMENT SOCIETY OF AMERICA. **Standards of Practice for Case Management**, 2010. Disponível em:

<<http://www.cmsa.org/portals/0/pdf/memberonly/StandardsOfPractice.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2016.

CASE MANAGEMENT SOCIETY OF AMERICA. **Standards of Practice for Case Management** [on-line]. 2016. Disponível em: <<https://www.miccsi.org/wp-content/uploads/2017/03/CMSA-Standards-2016.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2018.

CASOLLA, B. et al. Heavy alcohol intake and intracerebral hemorrhage: characteristics and effect on outcome. **Neurology**, v. 79, n. 11, p. 1109-1115, 2012. Disponível em: <<https://n.neurology.org/content/79/11/1109.short>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

CAVALCANTE, T. F. et al. Nursing interventions to the patient with stroke in rehabilitation. **J Nurs UFPE online**, v. 12, n. 5, p. 1430-36, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/230533/28904>>. Acesso em: 08 mar. 2019.

CICOLINI, G. et al. Efficacy of a nurse-led email reminder program for cardiovascular prevention risk reduction in hypertensive patients: a randomized controlled trial. **International journal of nursing studies**, v. 51, n. 6, p. 833-843, 2014. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748913003027>>. Acesso em: 04 out. 2019.

COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (CONITEC). **Linha de cuidados em acidente vascular cerebral (AVC) na rede de atenção às urgências e emergências**. 2016. Disponível em: <<http://conitec.gov.br/images/Protocolos/pcdt-cuidados-AVC.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências**. Brasília, DF: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, seção 1, p. 179, de 23 out 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 10 mai. 2018.

CORREIA, J. N.; OLIVEIRA, M. Z. Avaliação do risco de acidente vascular cerebral em pacientes com hipertensão arterial sistêmica. **Ciência et Praxis** v. 4, n. 7, p. 21-26, 2011. Disponível em: <<http://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/view/2202/1187>>. Acesso em: 11 jul. 2019.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto** /John W Creswell; tradução Luciana de Oliveira da Rocha – 2. ed – Porto Alegre: Artmed, 2007.

DELOITTE ACCESS ECONOMICS AUSTRALIA. **Economic impact of stroke in Australia**, 2013. Disponível em: <https://strokefoundation.com.au/What-we-do/Research/Economic-impact-of-stroke-in-Australia> . Acesso em: 02 ago. 2016.

DEPARTMENT OF FAMILY AND COMMUNITY SERVICES. Ageing, disability and home care. Annual report 2010. New South Wales, Australia, 2010. Disponível em: <https://web.archive.org/web/20120617030856/http://www.facs.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0005/250961/Annual_Report_2010-11_Ageing_Disability_and_Home_Care.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2019.

DRIESSNACK, M.; SOUSA, V. D.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 3: Métodos mistos e múltiplos. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 15, n. 5, 2007. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/2814/281421877025.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2018.

FERGUSON, C. et al. Addressing the stroke evidence-treatment gap. **Contemporary Nurse**, v. 52, n. 2, p. 253-257, 2016. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/10376178.2016.1215235?needAccess=true>>. Acesso em: 19 set. 2017.

GAGLIARDI, R. J. Hipertensão arterial e AVC. *Com Ciência*, Campinas, n. 109, 2009. Disponível: <<http://comciencia.scielo.br/pdf/cci/n109/a18n109.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2017.

GALLACHER, K. I. et al. A conceptual model of treatment burden and patient capacity in stroke. **BMC family practice**, v. 19, artigo n. 9, 2018. Disponível em: <<https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-017-0691-4>>. Acesso em: 30 jun. 2019.

GALVÃO, M. T. R. L.S.; JANEIRO, J. M. S. V. O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. **Rev Min Enferm**, v. 17, n. 1, p. 226-236, 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/593>>. Acesso em: 14 mar. 2019.

GASPARI, A. P. et al. Preditores de internação prolongada em Unidade de Acidente Vascular Cerebral (AVC). **Rev Latino-Am. Enferm.**, v. 27, e3197, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692019000100377&script=sci_arttext>. Acesso em: 18 nov. 2019.

GIROTTI, E. et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1763-1772, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2013.v18n6/1763-1772/pt>>. Acesso em: 09 out. 2019.

GIROTRA, T.; FENG, W. Effects of antiplatelet therapy after stroke due to intracerebral haemorrhage (RESTART): are neurologists feeling more comfortable to RESTART antiplatelet? **Ann transl med**, v. 7, n. Suppl 6, 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6789352/pdf/atm-07-S6-S214.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2019.

GLYNN, L. G. et al. The prevalence of multimorbidity in primary care and its effect on health care utilization and cost. **Family practice**, v. 28, n. 5, p. 516-523, 2011. Disponível em: <<https://academic.oup.com/fampra/article/28/5/516/822472>>. Acesso em: 22 maio 2017.

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. **Abordagem aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral**. Diretrizes clínicas. 2018. Disponível em: <<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/Paciente%20com%20Acidente%20Vascular%20Cerebral.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2018.

GUIMARÃES, E. M. P. et al. Utilização do plano de cuidados como estratégia de sistematização da assistência de enfermagem. **Cienc. enferm**, v. 8, n. 2, p. 49-58, dic. 2002. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532002000200006>. Acesso em: 06 maio 2016.

HOSPITAL SÃO VICENTE. Guarapuava – PR. **O hospital**. Disponível em: <<https://www.hospsoavicedepaulo.com.br/hospital/>> . Acesso em: 02 maio 2017.

HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS. Protocolo gerenciado de acidente vascular cerebral (AVC). Documentação operacional. 2018. Disponível em: <https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/institucional/gestao-da-qualidade/Documents/2018-11-01-protocolos/Protocolo%20Gerenciado%20de%20Acidente%20Vascular%20Cerebral/Protocolo%20AVC_VF.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2019.

İNCİRKUŞ, K.; NAHCIVAN, N. Ö. A guide for chronic disease management: the chronic care model. **Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi**, v. 23, n. 1, p. 66-75, 2015. Disponível em: <<https://dergipark.org.tr/tr/pub/fnjd/issue/30801/333150>>. Acesso em: 09 set. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). População de Guarapuava, censo de 2010. [internet]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=410940>. Acesso em: 02 abr. 2017.

INSTITUTO VIRMOND. Hospital Santa Tereza. **Histórico**. Disponível em: <<http://www.institutovirmond.com.br/historico/>>. Acesso em: 01 maio 2017.

ISHANI, A. et al. Effect of nurse case management compared with usual care on controlling cardiovascular risk factors in patients with diabetes: a randomized controlled trial. **Diabetes care**, v. 34, n. 8, p. 1689-1694, 2011. Disponível em: <<https://care.diabetesjournals.org/content/34/8/1689.short>>. Acesso em: 16 nov. 2019.

KIM, G. S. et al. Effects of community- based case management by visiting nurses for low-income patients with hypertension in South Korea. **Jpn J Nurs Sci**, v. 11, n. 1, p. 35-43, 2014. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1742-7924.2012.00229.x>>. Acesso em: 22 nov. 2019.

KIRCHBERGER, I. et al. Patterns of multimorbidity in the aged population. Results from the KORA-Age study. **PloS one**, v. 7, n. 1, p. e30556, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0030556>>. Acesso em: 22 fev. 2018.

KITZMAN, P. H. et al. The Prevalence of Multiple Comorbidities in Stroke Survivors in Rural Appalachia and the Clinical Care Implications. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases**, v. 28, n. 11, 104358, 2019. Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1052305719304112>>. Acesso em: 19 nov. 2019.

KUBOTA, Y. et al. Daily total physical activity and incident stroke: the Japan Public Health Center-based Prospective Study. **Stroke**, v. 48, n. 7, p. 1730-1736, 2017. Disponível em: <<https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/strokeaha.117.017560>>. Acesso em: 17 out. 2019.

LEE, L.; ARTHUR, A.; AVIS, M. Evaluating a community-based walking intervention for hypertensive older people in Taiwan: a randomized controlled trial. **Preventive medicine**, v. 44, n. 2, p. 160-166, 2007. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743506003707>>. Acesso em: 29 ago. 2019.

LI, B. et al. “Smoking paradox” is not true in patients with ischemic stroke: a systematic review and meta-analysis. **J neurol**, p. 1-13, 2019. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s00415-019-09596-3>>. Acesso em: 12 nov. 2019.

LIMA, D. B. S. et al. Association between treatment compliance and different types of cardiovascular complications in arterial hypertension patients. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 3, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n3/pt_0104-0707-tce-25-03-0560015.pdf>. Acesso em: 22 out. 2019.

MAGUIRE, J.; ATTIA, J. Which version of the modified Rankin Scale should we use for stroke trials? Lump or split? **Neurology**, v. 91, n. 21, p. 947-948, 2018. Disponível em: <<https://n.neurology.org/content/91/21/947>>. Acesso em: 04 ago. 2019.

MALACHIAS, M. V. B., et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**, v. 107, n. 3, supl. 3, 2016. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2017.

MANTOVANI, M. F. et al. Gerenciamento de caso como modelo de cuidado: reflexão na perspectiva da Teoria de Imogene King. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 18, n. 4, 2019. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/45187>>. Acesso em: 14 mar. 2017.

MARTINS, J. T. et al. Pesquisa epidemiológica da saúde do trabalhador Uma reflexão teórica. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 35, n. 1, p. 163-174, jan./jun. 2014. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/16149>>. Acesso em: 22 nov. 2017.

MEDEIROS, C. S. P. et al. Comprometimento motor e risco de quedas em pacientes pós-avc. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 27, n. 1, p. 42-49, 2019. Disponível em: <<https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/7940>>. Acesso em: 12 nov. 2019.

MELO, S. P. S. C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores associados em adultos numa área urbana de pobreza do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 8,

p. 3159-3168, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2019.v24n8/3159-3168/pt>>. Acesso em: 20 out. 2019.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em :< <http://repositorio.asc.es.edu.br/handle/123456789/1314>>. Acesso em: 25 fev. 2016.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas de saúde na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em 21 set. 2016.

MENDONÇA, L. B. A.; LIMA, F. E. T.; OLIVEIRA, S. K. P. Acidente vascular encefálico como complicação da hipertensão arterial: quais são os fatores intervenientes? **Esc. Anna Nery** [online], v. 16, n. 2, p. 340-346, 2012. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/1277/127722728019.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2016.

MINELI, T. A. et al. Crise hipertensiva entre usuários de um serviço de pronto atendimento: estudo retrospectivo. **Rev Enferm UERJ**, v. 26, e30111, 2018. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/30111/26888>>. Acesso em: 23 out. 2018.

MIRANDA, M. R. et al. Benefícios da hidroterapia em pacientes após acidente vascular cerebral (AVC). **Revista de Iniciação Científica e Extensão**, v. 1, n. Esp 5, p. 465-471, 2018. Disponível em: <<https://revistasfases.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/121/78>>. Acesso em: 14 abr. 2019.

MORAIS, H. C. C. et al. Strategies for self-management support by patients with stroke: integrative review. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 1, p. 136-143, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0136.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2017.

MOURA, M.; CASULARI, L. A. Impacto da adoção de medidas inespecíficas no tratamento do acidente vascular cerebral isquêmico agudo em idosos: a experiência do Distrito Federal, Brasil. **Rev Panam Salud Pública**, v. 38, n. 1, p. 57-63, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2015.v38n1/57-63/pt>>. Acesso em: 22 set. 2018.

MUNICÍPIO DE GUARAPUAVA. **Serviços**. Disponível em: <<http://www.guarapuava.pr.gov.br/>>. Acesso em: 02 maio 2017.

NASCIMENTO, L. R. et al. Perceptions of individuals with stroke regarding the use of a cane for walking: A qualitative study. **Journal of bodywork and movement therapies**, v. 23, n. 1, p. 166-170, 2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1360859218300676>>. Acesso em: 13 nov. 2019.

NAESS, H. et al. Serial NIHSS scores in patients with acute cerebral infarction. **Acta Neurol. Scand**, v. 133, n. 6, p. 415-420, 2016. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/ane.12477>>. Acesso em: 29 out. 2019.

NEGREIROS, R. V. et al. Importância do programa HIPERDIA na adesão ao tratamento medicamentoso e dietético em uma unidade de saúde da família (USF). **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 14, n. 2, p. 403-411, 2016. Disponível em: <<http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/2695>>. Acesso em: 06 out. 2019.

NEWBOULD, J. et al. Experiences of care planning in England: interviews with patients with long term conditions. **BMC family practice**, v. 13, n. 1, p. 71, 2012. Disponível em: <<https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-13-71>>. Acesso em: 22 jun. 2018.

NOGARIO, A. C. D. et al. Nursing Actions in practicing inpatient advocacy in a Burn Unit. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 4, p. 0580-0588, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/pt_0080-6234-reeusp-49-04-0580.pdf>. Acesso em: 29 set. 2019.

NUNES, D. L. S.; FONTES, W. S.; LIMA, M. A. Cuidado de Enfermagem ao Paciente Vítima de Acidente Vascular Encefálico. **R bras ci Saúde**, v. 21, n.1, p. 87-96, 2017. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/9584/073ab79c0d27cb6d824c2a77568067f50509.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

O'BRIEN, E. et al. Rapid access point of care clinic for transient ischemic attacks and minor strokes. **Journal of Clinical Neuroscience**, v. 23, p. 106-110, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jocn.2015.04.032>>. Acesso em: 29 set. 2018.

OLIVEIRA, A. R. S. et al. Avaliação de pacientes com acidente vascular cerebral acompanhados por programas de assistência domiciliária. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 5, p. 1143-1149, 2013. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/78073>>. Acesso em: 19 jan. 2019.

OZPANCAR, N.; PAKYUZ, S. C.; TOPCU, B. Hypertension management: what is the role of case management? **Rev Esc Enferm USP**, v. 51, p. e03291, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/1980-220X-reeusp-S1980-220X2017016903291.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Guia para el Control y Monitoreo de la Epidemia Tabaquica**, 1995.

PAIVA, A. et al. A experiência vivenciada por pessoas que sobreviveram ao acidente vascular cerebral e seus cuidadores familiares. **CIAIQ2015**, v. 1, 2015. Disponível em: <<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/43>>. Acesso em: 04 jun. 2019.

PAN, B. et al. The relationship between smoking and stroke: A meta-analysis. **Medicine**, v. 98, n. 12, e14872, 2019. Disponível em: <https://journals.lww.com/md-journal/Fulltext/2019/03220/The_relationship_between_smoking_and_stroke__A.22.aspx#pdf-link>. Acesso em: 29 out. 2019.

PEARCE, G. et al. Experiences of self-management support following a stroke: a meta-review of qualitative systematic reviews. **PloS one**, v. 10, n. 12, artigo e0141803, 2015. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0141803>>. Acesso em: 11 set. 2019.

PEDREIRA, L. C.; PRASERES, B. M. R. **Cuidados Críticos em Enfermagem**. – 1. Ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

PERRY, J. J. et al. National survey of emergency physicians for transient ischemic attack (TIA) risk stratification consensus and appropriate treatment for a given level of risk. **Canadian Journal of Emergency Medicine**, v. 18, n. 1, p. 10-18, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1017/cem.2015.57>>. Acesso em: 11 jul. 2017.

PIERIN, A. M. G.; FLÓRIDO, C. F.; SANTOS, J. Crise hipertensiva: características clínicas de pacientes com urgência, emergência e pseudocrise hipertensivas em um serviço público de emergência. **Einstein (São Paulo)**, v. 17, n. 4, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v17n4/pt_2317-6385-eins-17-04-eAO4685.pdf>. Acesso em: 09 out. 2019.

QUINN, T. J. et al. Pre-stroke modified Rankin scale: evaluation of validity, prognostic accuracy, and association with treatment. **Frontiers in neurology**, v. 8, artigo 275, 2017. Disponível em: <<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fneur.2017.00275/full>>. Acesso em: 19 ago. 2018.

REHM, J.; TAYLOR, B. Alcohol consumption, stroke and public health-an overlooked relation? **Open Addiction Journal**, v. 101, n. 12, p. 1679-1681, 2006. Disponível em: <https://www.zora.uzh.ch/id/eprint/95517/1/Rehm%2C_Taylor_2006_-_Alcohol_consumption.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2019.

REIS, R. D. et al. Significados, para os familiares, de conviver com um idoso com sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC). **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 62, p. 641-650, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/icse/2017.v21n62/641-650/pt>>. Acesso em: 13 out. 2019.

REIS, C.; FARO, A. Repercussões psicológicas após um acidente vascular cerebral (avc): uma revisão de literatura. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 20, n. 1, p. 16-32, 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v20n1/v20n1a02.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2019.

RIBEIRO, R. M. et al. Caracterização dos pacientes com acidente vascular encefálico atendidos na emergência. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 23, n. 4, p. 78-82, 2016. Disponível em: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/463/242>>. Acesso em: 06 fev. 2017.

RODRIGUES, M. T. P.; MOREIRA, T. M. M.; ANDRADE, D. F. Elaboração e validação de instrumento avaliador da adesão ao tratamento da hipertensão. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 2, p. 232-239, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/rsp/2014.v48n2/232-240/pt>>. Acesso em: 21 maio 2017.

RODRIGUES, M. S.; SANTANA, L. F.; GALVÃO, I. V. Fatores de risco modificáveis e não modificáveis do AVC isquêmico: uma abordagem descritiva. **Revista de Medicina**, v. 96, n. 3, p. 187-192, 2017. Disponível em:

<<http://www.periodicos.usp.br/revistadc/article/view/123442/133973>>. Acesso em: 09 set. 2019.

SANTOS, J. L. G. et al. INTEGRAÇÃO ENTRE DADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS EM UMA PESQUISA DE MÉTODOS MISTOS. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 3, e1590016, 2017. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001590016>>. Acesso em: 15 abr. 2019.

SCHILLINGER, D. et al. Effects of self-management support on structure, process, and outcomes among vulnerable patients with diabetes. **Diabetes Care**, v. 32, n. 4, p. 559-66, 2009. Disponível em: <<https://care.diabetesjournals.org/content/32/4/559.short>>. Acesso em: 09 out. 2017.

SERRA, M. C. et al. Metabolomics of Aerobic Exercise in Chronic Stroke Survivors: A Pilot Study. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases**, artigo 104453, 2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1052305719305361>>. Acesso em: 08 nov. 2019.

SILVA, T. C. et al. Método de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos. **ARCH HEALTH INVEST**, v. 6, n. 4, p. 155-158, 2017. Disponível em: <<http://archhealthinvestigation.com.br/ArchHI/article/view/2023/pdf>>. Acesso em: 03 out. 2019.

SILVA, A. T. M. **Efeito do gerenciamento de caso no controle dos níveis pressóricos em adultos com hipertensão arterial**. 2019. 184 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2019. Disponível em: <<https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/trabalhoConclusaoWS?idpessoal=2458&idprograma=40001016045P7&anobase=2019&idtc=75>>. Acesso em: 03 out. 2019.

SILVA, A. T. M. et al. Nursing case management for people with hypertension in primary health care: A randomized controlled trial. **Res Nurs Health**, p. 1-11, 2019. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/nur.21994>>. Acesso em: 12 nov. 2019.

SO, A. Y. et al. Effects of community-based case management program for clients with hypertension. **J Korean Acad Nurs**, v. 38, n. 6, p. 822-830, 2008. Disponível em: <<https://synapse.koreamed.org/search.php?where=aview&id=10.4040/jkan.2008.38.6.822&code=0006JKAN&vmode=FULL>>. Acesso em: 14 nov. 2019.

SORENSEN, S. L.; PEDERSEN, S. K. S.; PALLESEN, H. Social psychological mechanisms and processes in a novel, health professional-led, self-management intervention for older stroke individuals: a synthesis and phenomenological study. **BMC health services research**, v. 19, artigo 320, 2019. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4150-x>>. Acesso em: 16 nov. 2019.

SOUZA, N. P. G. et al. Adoecimento por hipertensão arterial e Diabetes Mellitus: concepções de um grupo de pacientes hospitalizados. **Rev Enfermagem UERJ**, v. 23, n. 1, p. 52-57, 2015. Disponível em:

<<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15579/12328>>. Acesso em: 29 ago. 2018.

SOUZA, M. A. R. et al. The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research. **Rev Esc Enferm USP**, v. 52, e03353, 2018. Disponível em:

<<https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/155037>>. Acesso em: 22 set. 2018.

SURI, S. et al. DASH dietary pattern: A treatment for non-communicable diseases. **Current hypertension reviews**, 2019. Disponível em: <10.2174/1573402115666191007144608>.

Acesso em: 20 out. 2019.

TAO, X.; CHOW, S. K. Y.; WONG, F. K. Y. A nurse-led case management program on home exercise training for hemodialysis patients: A randomized controlled trial. **Int J Nurs Stud**, v. 52, n. 6, p. 1029-1041, 2015. Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748915000759>>. Acesso em: 18 nov. 2019.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **Int J Qual Health Care**, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007. Disponível em:

<<https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966>>. Acesso em: 12 maio 2017.

TONSTAD, S.; ALM, C. S.; SANDVIK, E. Effect of nurse counselling on metabolic risk factors in patients with mild hypertension: a randomised controlled trial. **Eur J Cardiovasc Nurs**, v. 6, n. 2, p. 160-164, 2007. Disponível em:

<<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1016/j.ejcnurse.2006.07.003>>. Acesso em: 13 ago. 2019.

TRAN, J. et al. Patterns and temporal trends of comorbidity among adult patients with incident cardiovascular disease in the UK between 2000 and 2014: A population-based cohort study. **PLoS med**, v. 15, n. 3, p. e1002513, 2018. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002513>>. Acesso em: 24 jul. 2018.

ULBRICH, E. M. et al. Escala para o cuidado apoiado na atenção primária: um estudo metodológico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 4, 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472017000400414&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 02 maio 2019.

ULBRICH, E. M. et al. Care models for people with chronic diseases: integrative review. **Invest educ enferm**, v. 35, n. 1, p. 8-16, 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072017000100008&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 23 fev. 2017.

VICENTE, V. S. et al. Prevalence of obesity among stroke patients in five Brazilian cities: a cross-sectional study. **Arq neuropsiquiatr**, v. 76, n. 6, p. 367-372, 2018. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/anp/v76n6/0004-282X-anp-76-6-0367.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2019.

WEBER, B. et al. Implementation of a Brazilian Cardioprotective Nutritional (BALANCE) Program for improvement on quality of diet and secondary prevention of cardiovascular events: A randomized, multicenter trial. **American heart journal**, v. 215, p. 187-197, 2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002870319301553>>. Acesso em: 11 nov. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Data Global recommendations on physical activity for health. Geneva: **World Health Organization**, 2010. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis**. Geneva: WHO; 2013. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79059/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 13 set. 2019.

YAGHI, S. et al. The itemized NIHSS scores are associated with discharge disposition in patients with minor stroke. **The Neurohospitalist**, v. 6, n. 3, p. 102-106, 2016. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1941874416641466>>. Acesso em: 09 ago. 2019.

YUAN, T. et al. Association between central obesity and risk for heart disease in adults in China: a prospective study. **Chinese Journal of Epidemiology**, v. 39, n. 9, p. 1172-78, 2018. Disponível em: <<https://ora.ox.ac.uk/objects/uuid:dbd0701c-72ed-4814-9ce9-d8c4a7190d6e>>. Acesso em: 15 set. 2019.

ZHANG, C. et al. Alcohol intake and risk of stroke: a dose-response meta-analysis of prospective studies. **International journal of cardiology**, v. 174, n. 3, p. 669-677, 2014. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167527314009073>>. Acesso em: 04 out. 2018.

APÊNDICE 1 – PROTOCOLO DA PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM

PROTOCOLO
<p><u>Histórico:</u></p> <p>O enfermeiro/ pesquisador, considerado o gerente de caso fará a classificação de risco empregando a Epchaum, anamnese utilizando como base o roteiro de entrevista semiestruturada para a coleta de dados sociodemográficos: idade, sexo, estado civil, número de filhos, ocupação, escolaridade, número de pessoas que residem no domicílio, renda familiar e renda per capita.</p> <p>Coleta de variáveis clínicas: comorbidades, complicações, tempo de diagnóstico do AVC, tempo de diagnóstico da hipertensão, número de hospitalizações nos últimos 12 meses, motivo da hospitalização, número e nome de medicações em uso para hipertensão e outros agravos.</p> <p>Coleta de dados sobre hábitos de vida: tabagismo, alcoolismo, hábitos alimentares e atividade física.</p> <p>Avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso a hipertensão.</p>
<p><u>Exame Físico:</u></p> <p>Céfalopodálico, com ênfase em: avaliação neurológica, musculoesquelética e cardiovascular, voltada para a aferição dos sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura).</p>
<p><u>Definir grau de dependência:</u></p> <p>Independente; parcialmente dependente; totalmente dependente, com o auxílio da escala de Rankin (ANEXO 4).</p>
<p><u>Elaborar plano de intervenções:</u></p> <p>A partir da avaliação, o enfermeiro informará ao participante sobre o seu nível pressórico, sua classificação de risco e por meio de todos os dados coletados serão identificadas quais as necessidades do participante, para junto com ele elaborar um plano de cuidados e pactuar metas. Também serão agendadas as próximas atividades de acordo com a classificação de risco.</p>

APÊNDICE 2 – PROTOCOLO PARA AS CONSULTAS SEGUINTE DE ENFERMAGEM

PROTOCOLO
<p><u>Histórico:</u></p> <p>Nesta consulta o enfermeiro/pesquisador junto com o participante fará avaliação das metas pactuadas na consulta anterior, se estas estão sendo cumpridas e quais as dificuldades. Também será realizada a classificação de risco e serão coletados novamente os dados clínicos e sobre os hábitos de vida.</p>
<p><u>Exame Físico:</u></p> <p>Céfalopodálico, com ênfase em: avaliação neurológica, musculoesquelética e cardiovascular, voltada para a aferição dos sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura).</p>
<p><u>Definir grau de dependência:</u></p> <p>Independente; parcialmente dependente; totalmente dependente, com o auxílio da escala de Rankin (ANEXO 4).</p>
<p><u>Elaborar plano de intervenções:</u></p> <p>A partir da avaliação, o enfermeiro informará para o participante sobre o seu nível pressórico, sua classificação de risco e por meio de todos os dados coletados serão identificadas quais as necessidades do participante, para junto com ele reavaliar o plano de cuidados e pactuar metas. Também serão agendadas as próximas atividades de acordo com a classificação de risco.</p>

APÊNDICE 3 – INSTRUMENTO SEMI-ESTRUTURADO

 UFPR <small>UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ</small>	INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO Consulta de Enfermagem	 GEMSA <small>Grupo de Estudos e Métodos em Saúde da Família</small>
---	--	--

I- DADOS CADASTRAIS		
Nome:	Data de Nascimento:	
	/ /	
Endereço:	Número: _____	
Bairro:		
Fone:	E-mail:	
II- DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS		
P1. Idade: ____	P3. Estado Conjugal [1] Solteiro(a) [2] Casado(a) ou em união consensual [3] Viúvo(a) [4] Separado ou Divorciado(a)	P4. Número de filhos [1] 0 [2] 1 a 3 [3] Mais de 3
P2. Sexo [1] Feminino [2] Masculino		P5. Escolaridade [1] <9 anos [2] 9 a 12 anos [3] > 12 anos
P6. Ocupação: _____ [1] Ativo(a) [2] Aposentado(a) [3] Exerce atividades do lar [4] Desempregado [5] Auxílio doença		P7. Número de pessoas que moram na residência ____ P8. Renda familiar _____ (reais) P9. Renda per capita _____ (reais)
III- VARIÁVEIS CLÍNICAS		
P.10. Comorbidades: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> 1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____ 5) _____ </div> <div style="width: 70%;"> Há quanto tempo (anos)? _____ Há quanto tempo (anos)? _____ Há quanto tempo (anos)? _____ Há quanto tempo (anos)? _____ Há quanto tempo (anos)? _____ </div> </div>		
P.11. Complicações: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> 1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____ 5) _____ </div> <div style="width: 70%;"> Há quanto tempo (anos)? _____ Há quanto tempo (anos)? _____ Há quanto tempo (anos)? _____ Há quanto tempo (anos)? _____ Há quanto tempo (anos)? _____ </div> </div>		
P12. Tempo de diagnóstico de Hipertensão [1] <1 ano [2] 1 a 5 anos [3] 6 a 10 anos [4] >10 anos	P13. Número de hospitalizações nos últimos 12 meses [1] 1 [2] 2 a 3 [3] ≥4 P13.1. Motivo da hospitalização _____	
P14. Número de hospitalizações durante a pesquisa: [1] 1 [2] 2 a 3 [3] ≥4	P15. Número de medicações em uso (para hipertensão e outros agravos) [1] Não usa [2] 1	

P14.1. Motivo da hospitalização	[3] 2 a 3 [4] 4 a 5 [5] > de 5
P16. Nome das medicações em uso (para hipertensão e outros agravos) 1) _____ Posologia: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite Dose: _____ mg Tempo de uso _____ 2) _____ Posologia: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite Dose: _____ mg Tempo de uso _____ 3) _____ Posologia: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite Dose: _____ mg Tempo de uso _____ 4) _____ Posologia: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite Dose: _____ mg Tempo de uso _____ 5) _____ Posologia: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite Dose: _____ mg Tempo de uso _____ 6) _____ Posologia: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite Dose: _____ mg Tempo de uso _____ 7) _____ Posologia: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite Dose: _____ mg Tempo de uso _____ 8) _____ Posologia: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite Dose: _____ mg Tempo de uso _____ 9) _____ Posologia: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite Dose: _____ mg Tempo de uso _____ 10) _____ Posologia: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite Dose: _____ mg Tempo de uso _____	
P17. Possui Diagnóstico ou faz uso de medicamentos para Depressão? [1] Sim [2] Não	
HÁBITOS DE VIDA	
P19. Tabagismo [1] Sim. Tempo _____ Número de cigarros/dia _____ [2] Não [3] Ex-tabagista. Tempo _____	P20. Alcoolismo P18. Alcoolismo [1] Não ingere [2] Ingesta moderada [3] Ingesta mais que moderada Tempo _____
P21. Nestes últimos 30 dias com que frequência você ingeriu alimentos dos grupos abaixo? 21.1 _____ <i>Alimentos in natura</i> (Legumes, verduras, frutas, batata, mandioca e outras raízes e tubérculos in natura ou embalados, fracionados, refrigerados ou congelados); 21.2 _____ <i>Alimentos minimamente processados</i> (arroz branco, integral ou parboilizado, a granel ou embalado; milho em grão ou na espiga, grãos de trigo e de outros cereais; feijão de todas as cores, lentilhas, grão de bico e outras leguminosas; cogumelos frescos ou secos; frutas secas, sucos de frutas e sucos de frutas pasteurizados e sem adição de açúcar ou outras substâncias; castanhas, nozes, amendoim e outras oleaginosas sem sal ou açúcar; cravo, canela, especiarias em geral e ervas frescas ou secas; farinhas de mandioca, de milho ou de trigo e macarrão ou massas frescas ou secas feitas com essas farinhas e água; carnes de gado, de porco e de aves e pescados frescos, resfriados ou congelados, leite pasteurizado, ultrapasteurizado ('longa vida') ou em pó, iogurte (sem adição de açúcar); ovos; chá, café, e água potável.) 21.3 _____ <i>Alimentos processados</i> (Cenoura, pepino, ervilhas, palmito, cebola, couve-flor preservados em salmoura ou em solução de sal e vinagre; extrato ou concentrados de tomate (com sal e ou açúcar); frutas em calda e frutas cristalizadas; carne seca e toucinho; sardinha e atum enlatados; queijos; e pães feitos de farinha de trigo, leveduras, água e sal. 21.4 _____ <i>Alimentos ultraprocessados</i> (biscoitos, sorvetes, balas e guloseimas em geral, cereais açucarados para o desjejum matinal, bolos e misturas para bolo, barras de cereal, sopas, macarrão e temperos 'instantâneos', molhos, salgadinhos "de pacote", refrescos e refrigerantes, iogurtes e bebidas lácteas adoçados e aromatizados, bebidas energéticas, produtos congelados e prontos para aquecimento como pratos de massas, pizzas, hambúrgueres e extratos de carne de frango ou peixe empanados do tipo nuggets, salsichas e outros embutidos, pães de forma, pães para hambúrguer ou hot dog, pães doces e produtos panificados cujos ingredientes incluem substâncias como gordura vegetal hidrogenada, açúcar, amido, soro de leite, emulsificantes e outros aditivos) FONTE: Guia Alimentar para a População Brasileira, Ministério da Saúde, 2014e.	
P.22. Com que frequência na última semana o Sr(a)....	Frequência

P22.1. Realizou <u>atividades moderadas</u> por pelo menos 10 minutos contínuos como caminhar, fazer musculação, pedalar, dançar, fazer serviços domésticos como varrer, aspirar etc?	__ __ vezes por semana Total por dia: ____ horas ____ minutos Total por semana ____ horas ____ minutos
P22.2. realizou <u>atividades vigorosas</u> por pelo menos 10 minutos contínuos como correr, jogar futebol, basquete, tênis, ginástica aeróbica, pedalar rápido etc?	__ __ vezes por semana Total por dia: ____ horas ____ minutos Total por semana ____ horas ____ minutos
P.22.3. Com base nas informações acima, o paciente pratica atividade física? [1] Pratica (150 minutos/semana de atividades moderadas ou 75 minutos/semana de atividades vigorosas ou mista (moderada/vigorosa) [2] Não pratica (menos de 150 minutos/semana de atividades moderadas e/ou menos de 75 minutos/semana de atividades vigorosas ou mista (moderada/vigorosa) <u>Atividades moderadas:</u> caminhada, caminhada em esteira, musculação, hidroginástica, ginástica em geral, natação, artes marciais e luta, ciclismo e voleibol/futevôlei e dança. <u>Atividades vigorosas:</u> corrida, corrida em esteira, ginástica aeróbica, futebol/futsal, basquetebol e tênis (AINSWORTH et al., 2011).	
HISTÓRICO	

APÊNDICE 4– PROTOCOLO PARA AÇÕES EDUCATIVAS INDIVIDUALIZADAS

PROTOCOLO

As atividades de educação em saúde individualizadas serão realizadas principalmente durante as consultas de enfermagem, contato telefônico e visitas domiciliares. Para o desenvolvimento das atividades alguns apontamentos são destacados de antemão, estes são referentes ao tabagismo, alcoolismo, alimentação, exercícios físicos e utilização dos medicamentos, os quais foram elencados com base nas orientações das VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão ((MALACHIAS et al., 2016), e do Manual de rotinas para atenção ao AVC (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013b).

-Hábitos Alimentares

As diretrizes recomendam um padrão alimentar baseado na dieta DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*), rico em frutas, hortaliças, fibras, minerais e laticínios com baixos teores de gordura, pois tem importante impacto na redução da pressão arterial (MALACHIAS et al., 2016):

- a) Usar o mínimo de sal possível no preparo dos alimentos; Recomenda-se para indivíduos hipertensos quatro gramas de sal por dia (uma colher de chá), considerando todas as refeições.
- b) Evitar deixar o saleiro na mesa. A comida já contém o sal necessário;
- c) Ler sempre o rótulo dos alimentos verificando a quantidade de sódio presente (limite diário: 2.000 mg de sódio).
- d) Preferir temperos naturais;
- e) Evitar o uso de temperos prontos, como caldos de carnes e de legumes, e sopas industrializadas, pois em geral, contêm muito sódio.
- f) Evitar alimentos industrializados, pois contêm muita gordura e sódio;
- g) Preferir alimentos cozidos e grelhados/assados;
- h) Evitar a ingestão excessiva de bebidas alcoólicas, cigarros e ingerir diariamente três porções de frutas e hortaliças;
- h) Preferir alimentos integrais como pães, cereais e massas, pois possuem fibras; 119
- i) Se possível, comer oleaginosas (castanhas), sementes e grãos, de quatro a cinco porções por semana (uma porção é igual a 1/3 de xícara ou 40 gramas de castanhas, duas colheres de sopa ou 14 gramas de sementes, ou 1/2 xícara de feijões ou ervilhas cozidas e secas);
- j) Diminuir ou evitar o consumo de doces e bebidas com açúcar.

- Tabagismo e alcoolismo

A cessação do tabagismo e do alcoolismo auxilia na redução da pressão arterial, diminui o risco de complicações cardiovasculares e outras doenças (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013a).

- a) Pactuar metas para redução do número de cigarros por dia e planejar uma futura cessação do tabagismo;
- b) Atentar para a ingestão de bebidas alcoólicas, para os homens não deve ultrapassar 30 gramas de etanol e para as mulheres 15 gramas diariamente; 30 gramas é o equivalente a 625 ml de cerveja 312,5 ml de vinho e 93,7 ml de uísque, vodka e aguardente (MALACHIAS et al., 2016).
- c) Pactuar metas para a possível redução da ingesta alcoólica e orientar a buscar ajuda, caso necessário.

-Atividades Físicas

A realização de atividades físicas reduz a incidência de hipertensão, mesmo em pessoas

com pré-hipertensão, a mortalidade e o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares (MALACHIAS et al., 2016).

a) Recomenda-se a avaliação médica para pessoas com hipertensão antes do início de qualquer atividade física (MALACHIAS et al., 2016);

b) Para pessoas com cardiopatia, o cuidado deve ser redobrado e necessita de avaliação com o cardiologista antes do início das atividades físicas (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013a).

c) A sessão de exercícios não deve ser iniciada se a pressão arterial estiver superior a 160/105 mmHg (MALACHIAS et al., 2016);

d) Habituar-se à prática regular de atividade física aeróbica, como caminhadas por, pelo menos, 30 minutos por dia, 3 vezes/semana, para prevenção da hipertensão e diariamente para tratamento (MALACHIAS et al., 2016);

e) O início deve ser gradativo, respeitando o limite fisiológico e o estado de saúde de cada indivíduo (MALACHIAS et al., 2016);

f) Orientar a procura por um educador físico caso seja necessário (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013a).

- Realização do tratamento medicamentoso

a) Verificar se o paciente está fazendo uso correto das medicações, caso o paciente tenha alguma dificuldade para ler o nome das medicações ou lembrar-se dos horários, propor e auxiliá-lo na construção de um calendário de medicações, com uso de esquemas visuais;

b) Reforçar para o paciente os benefícios de fazer o uso correto das medicações (MALACHIAS et al., 2016);

d) Fornecer orientações sobre os possíveis efeitos adversos e possíveis necessidades de ajustes das doses caso não esteja controlando de forma eficaz a pressão arterial (MALACHIAS et al., 2016);

e) Encaminhar ao médico da unidade de saúde para adequar o tratamento medicamentoso caso haja necessidade.

APÊNDICE 5 – PROTOCOLO PARA AS VISITAS DOMICILIARES

PROTOCOLO

Durante a visita domiciliar, o pesquisador buscará:

- Fortalecer o vínculo com os participantes e familiares;
- Perceber o contexto familiar do participante;
- Identificar as pessoas significativas e/ou que auxiliam no cuidado do participante;
- Revisar as metas pactuadas e reavaliar o plano de cuidados;
- Fazer reforço para as metas que estão sendo cumpridas;
- Adequar o plano de cuidados conforme a necessidade;
- Promover educação em saúde baseada nas necessidades identificadas, utilizando como base as informações do protocolo de educação em saúde individualizada;
- Fazer a avaliação de enfermagem.

APÊNDICE 6 – PROTOCOLO PARA O CONTATO TELEFÔNICO

PROTOCOLO

O contato telefônico ocorrerá de duas formas, quando o gerente de caso entrar em contato com o participante ou quando este entrar em contato com o gerente de caso.

Gerente de caso para o Participante

Periodicidade: a cada dois meses para todos os níveis de risco com vistas a reavaliar o plano de cuidados e quando necessário para lembrá-los sobre as atividades.

O contato telefônico será realizado com os seguintes objetivos:

- Auxiliar o paciente na recordação do agendamento das próximas atividades a serem realizadas;
- Verificar se o participante está conseguindo cumprir as metas traçadas;
- Readequar o plano de cuidados se houver necessidade;
- Reforço positivo sobre mudanças nos hábitos de vida;
- Questionar sobre a existência de dúvidas e saná-las caso existam.

Participante para o Gerente de caso

Periodicidade: conforme a necessidade do participante

Os participantes poderão entrar em contato com o gerente de caso para:

- Comunicar a ausência em consultas agendadas e solicitar remarcação;
- Buscar apoio;
- Esclarecer dúvidas;
- Quando julgar necessário.

APÊNDICE 7 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE – UNICENTRO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – PROPESP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COMEP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) Colaborador(a),

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa GERENCIAMENTO DE CASO PARA PESSOAS COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL, sob a responsabilidade de Pollyanna Bahls de Souza com auxílio de Maria de Fátima Mantovani, pesquisadoras da UNICENTRO da Universidade Federal do Paraná respectivamente, para avaliar o impacto do gerenciamento de caso de enfermagem na prevenção de ataques isquêmicos e acidentes vasculares cerebrais e na manutenção de níveis pressóricos dentro das possibilidades clínicas em adultos hipertensos. É um tipo de acompanhamento por meio de visita domiciliar, ligações telefônicas e orientações a fim de prevenir novos episódios de AVC. A presente pesquisa torna-se relevante, pois o impacto das doenças cardiovasculares e suas complicações, destacando a HAS e o AVC, respectivamente, sobre a sociedade é crescente, especialmente quando evolui para graus variados de incapacidade ou morte. A identificação e o conhecimento dos fatores podem contribuir para a elaboração de um plano de cuidados de enfermagem adequado e individualizado que focalize as necessidades do paciente com o intuito de estabilizar os níveis da pressão arterial e evitar complicações crônicas após o desenvolvimento do AVC.

O presente projeto de pesquisa foi aprovado pelo COMEP/UNICENTRO.

DADOS DO PARECER DE APROVAÇÃO

emitido Pelo Comitê de Ética em Pesquisa, COMEP-UNICENTRO

Número do parecer: 3.002.936

Data da relatoria: ____/____/201____

1. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: Ao participar desta pesquisa você será acompanhado durante seis meses e receberá visitas em casa, orientações sobre sua doença e ligações por telefone, para acompanhar os cuidados que o senhor (a) está realizando. No início da pesquisa, o senhor (a) terá que responder algumas perguntas sobre quanto o senhor (a) segue o tratamento da pressão alta e o risco para desenvolver complicações relacionadas a ela. O senhor (a) será encorajado a continuar o acompanhamento no posto de saúde, bem como nos demais serviços que fazia parte, antes do ingresso nesta pesquisa. Para as visitas em sua casa e

contato telefônico, o senhor (a) não terá que se deslocar e estas atividades terão duração aproximada de 15 minutos.

Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado o acompanhamento sem nenhum prejuízo para você.

2. RISCOS E DESCONFORTOS: Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser o desconforto em responder as perguntas, receber o pesquisador em casa e/ou atender as ligações telefônicas. Para minimizar os possíveis riscos será assegurado ao participante interromper a qualquer momento a sua participação na pesquisa; as visitas domiciliares e ligações telefônicas serão agendadas de acordo com a sua disponibilidade.

3. BENEFÍCIOS: Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de continuidade do cuidado, diminuição da pressão arterial, não desenvolvimento de novo AVC, melhoria nos hábitos de vida e adesão ao tratamento medicamentoso prevenindo complicações relacionadas. Além disso, o senhor (a) poderá contribuir para o avanço da ciência.

4. CONFIDENCIALIDADE: As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas: a pesquisadora principal, Pollyanna Bahls de Souza e a colaboradora da pesquisa, Maria de Fátima Mantovani. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que **a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade**. O material obtido em forma de questionário será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído ao término do estudo, dentro de cinco anos. A sua participação neste estudo é voluntária e se o senhor (a) não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

5. ESCLARECIMENTOS: Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

A pesquisadora Pollyanna Bahls de Souza, Enfermeira, professora da Universidade Estadual do Centro Oeste, responsável por este estudo, poderá ser localizada na Rua Simeão Camargo Varela de Sá, 03- Vila Carli- CEP: 85040-080 Guarapuava – PR, Departamento de Enfermagem, Campus CEDETEG, ou pelo telefone (42) 3629-8134 no horário das 13:30 às 17:00 de 2ª a 6ª feira. Poderá também ser contatada pelo e-mail pobahls@gmail.com. A pesquisadora Maria de Fátima Mantovani, Enfermeira, professora da Universidade Federal do Paraná, poderá ser localizada na Avenida Pref. Lothário Meissner, 632 3º andar – Jardim Botânico CEP: 80210-170 Curitiba – PR, ou poderá ser contatada pelo e-mail mfatimamantovani@ufpr.br e/ou pelo telefone (41) 3387-8365 no horário das 13:30 às 17:00 de 2ª a 4ª feira.. Ambas podem esclarecer eventuais dúvidas que o senhor (a) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

6. RESSARCIMENTO DAS DESPESAS: Caso o(a) Sr.(a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

7. CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO: Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, em duas vias, sendo que uma via ficará com você.

=====

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Guarapuava, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante / Ou Representante legal

Assinatura do Pesquisador

ANEXO 1 – ESCALA DE PREDIÇÃO DE COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL ULBRICH E MANTOVANI (Epchaum)

Preencha a escala fazendo um “X” na coluna “Pontuação” conforme a presença ou ausência das variáveis preditoras e em seguida faça a soma indicando o valor na coluna “TOTAL DE PONTOS”. A partir da pontuação classifique o paciente em seu estrato de risco e siga com as ações para o gerenciamento de cuidado propostas.

ESCALA ULBRICH E MANTOVANI		
Variáveis preditoras	Categoria	Pontuação
Idade (anos)	Até 55	0
	> 55	10
Sexo	Feminino	0
	Masculino	12
Tabagismo	Não	0
	Sim/ Ex-tabagista	11
Tempo do diagnóstico de hipertensão (anos)	Até 10	0
	> 10	13
Número de medicamentos em uso*	Até 4	0
	> 4	22
Depressão	Sem diagnóstico	0
	Com diagnóstico/em tratamento	14
Classificação de risco Unidade de Saúde**	Baixo	0
	Moderado/alto/muito alto	18
TOTAL DE PONTOS		

*Todos os medicamentos utilizados

**Quando não tiver classificação de risco na Unidade de Saúde considera-se o risco cardiovascular de Framingham

Pontos na escala	Risco de complicação	Probabilidade de ter complicação
Até 50	Baixo	Menor do que 25%
51 a 67	Moderado	25% a 49,9%
68 a 82	Alto	50% a 74,9%
Mais de 82	Muito alto	75% ou mais

Ações para o gerenciamento de cuidados	
Baixo Risco de complicação	<ul style="list-style-type: none"> - Consultas médicas e de enfermagem no mínimo três vezes ao ano; - Visitas domiciliares semestralmente; - Atividades de Educação em Saúde agendadas no mínimo semestralmente; - Reclassificação anualmente.
Moderado Risco de complicação	<ul style="list-style-type: none"> - Consultas médicas e de enfermagem no mínimo três vezes ao ano; - Mínimo de três visitas domiciliares e/ou contato telefônico ao ano; - Pactuação de metas conforme problemas identificados e agendamento da próxima consulta com equipe multidisciplinar; - Atividades de Educação em Saúde agendadas no mínimo semestralmente; - Reclassificação anualmente.
Alto Risco de complicação	<ul style="list-style-type: none"> - Consultas médicas e de enfermagem a cada três meses e agendamento de consulta com outros profissionais*; - Realizar contato telefônico caso necessário; - Realizar duas visitas domiciliares anualmente e mais se necessário; - Pactuação de metas conforme problemas identificados com equipe multidisciplinar; - Atividades de Educação em Saúde agendadas no mínimo quatro vezes ao ano; - Reclassificação anualmente.
Muito Alto Risco de complicação	<ul style="list-style-type: none"> - Consultas médicas e de enfermagem intercaladas a cada mês com a consulta multidisciplinar*; - Realizar contato telefônico caso necessário; - Realizar duas visitas domiciliares anualmente e mais se necessário; - Pactuação de metas conforme problemas identificados com equipe multidisciplinar; - Atividades de Educação em Saúde agendadas no mínimo quatro vezes ao ano; - Reclassificação anualmente.

ANEXO 2 – ESCALA DE RANKIN DE EVOLUÇÃO FUNCIONAL APÓS AVC

Escala de avaliação funcional pós-AVC – Escala de Rankin modificada¹

Grau	Descrição
0	Sem sintomas
1	Nenhuma deficiência significativa, a despeito sintomas Capaz de conduzir todos os deveres e atividades habituais
2	Leve deficiência Incapaz conduzir todas as atividades de antes, mas é capaz de cuidar dos próprios interesses sem assistência
3	Deficiência moderada Requer alguma ajuda mas é capaz de caminhar sem assistência (pode usar bengala ou andador)
4	Deficiência moderadamente grave Incapaz de caminhar sem assistência e incapaz de atender às próprias necessidades fisiológicas sem assistência
5	Deficiência grave Confinado à cama, incontinente, requerendo cuidados e atenção constante de enfermagem
6	Óbito

ANEXO 3 - QUESTIONÁRIO DE ADESAO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (Qathas)

1. Alguma vez deixou de tomar sua medicação para HAS?
☐ sim, ao menos 1 vez ao dia
☐ sim, ao menos 1 vez por semana
☐ sim, ao menos 1 vez por mês
☐ sim, ao menos 1 vez por ano
☐ não
2. Alguma vez deixou de tomar sua medicação da HAS conforme a dose prescrita?
☐ sim, ao menos 1 vez ao dia
☐ sim, ao menos 1 vez por semana
☐ sim, ao menos 1 vez por mês
☐ ao menos 1 vez por ano ou nunca
3. Alguma vez deixou de tomar sua medicação da HAS nos horários estabelecidos?
☐ sim, ao menos 1 vez ao dia
☐ sim, ao menos 1 vez por semana
☐ sim, ao menos 1 vez por mês
☐ ao menos 1 vez por ano ou nunca
4. Faz uso dos medicamentos para o tratamento da HAS somente quando apresenta algum sintoma?
☐ sim
☐ não
5. Seguir o tratamento medicamentoso da HAS tornou-se uma rotina em sua vida?
☐ não
☐ sim
6. Ao iniciar o tratamento para HAS, diminuiu o sal da alimentação?
☐ não
☐ sim, reduzi à terça parte
☐ sim, reduzi à metade
☐ sim, como praticamente ensosso
☐ sempre fiz uso de uma alimentação pobre em sal
7. Ao iniciar o tratamento para HAS, diminuiu a gordura da alimentação?
☐ não
☐ sim, reduzi à terça parte
☐ sim, reduzi à metade
☐ sim, como praticamente sem gordura
☐ sempre fiz uso de uma alimentação pobre em gordura
8. Ao iniciar o tratamento para HAS, passou a preferir o consumo de carnes brancas (aves, peixe)?

- () não
 () sim, consumo carne branca até 03 vezes na semana
 () sim, consumo carne branca 04 ou mais vezes na semana
 () sempre consumi carnes brancas no mínimo 4 vezes por semana

9. Ao iniciar o tratamento para HAS, diminuiu o uso de doces e bebidas com açúcar?

- () não
 () sim, reduzi à terça parte
 () sim, reduzi à metade
 () sim, como praticamente sem açúcar/doce
 () sempre fiz uso de uma alimentação pobre em doces e bebidas com açúcar

10. Com o início do tratamento para a HAS, passou a realizar 30 minutos de exercício físico (caminhada, natação, ciclismo)

- () não
 () sim, menos de 3 vezes por semana
 () sim, de 3 a 5 vezes por semana
 () sim, mais de 5 vezes por semana
 () sempre fiz exercício físico pelo menos 3 vezes por semana

11. Seguir o tratamento não medicamentoso da HAS tornou-se uma rotina em sua vida?

- () Não
 () Sim

12. Comparece às consultas agendadas para o tratamento da HAS?

- () Não
 () Sim

FONTE: RODRIGUES; MOREIRA; ANDRADE (2014).

Nível da Escala	Descrição
60	Neste nível, os hipertensos não tomam o anti-hipertensivo, ao menos uma vez por semana. E também não o tomam na dose prescrita, ao menos uma vez por semana.
70	Os hipertensos posicionados neste nível deixam de tomar a medicação para hipertensão nos horários estabelecidos, ao menos uma vez por semana, e comparecem às consultas agendadas.
80	Ao atingirem este nível, os hipertensos deixam de tomar a medicação conforme a dose prescrita ao menos uma vez por mês e fazem uso da medicação independentemente de apresentar algum sintoma, seguem o tratamento medicamentoso rotineiramente e reduzem a terça parte do sal, da gordura, e de doces e bebidas com açúcar.
90	Os hipertensos localizados neste nível deixam de tomar a medicação, nos horários estabelecidos, ao menos uma vez por mês; reduzem à metade o sal, gordura e doces, e bebidas com açúcar.
100	Neste nível, os hipertensos deixam de tomar a medicação para hipertensão, ao menos uma vez por ano, e praticamente não consomem gordura, doces e bebidas com açúcar.
110	A partir deste nível, os hipertensos não deixam de tomar a medicação para hipertensão, comem praticamente sem sal e seguem o tratamento não medicamentoso rotineiramente.

ANEXO 4 - ESCALA DO NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH STROKE (NIHSS)

**NIH
STROKE
SCALE**

Identificação do Paciente

Nome: _____

Registro: _____

Exame inicial: Data ____/____/____

Instrução	Definição da escala	Escore	Hora
1a. Nível de Consciência O investigador deve escolher uma resposta mesmo se uma avaliação completa é prejudicada por obstáculos como um tubo orotraqueal, barreiras de linguagem, trauma ou curativo orotraqueal. Um 3 é dado apenas se o paciente não faz nenhum movimento (outro além de postura reflexa) em resposta à estimulação dolorosa.	0 = Alerta; reponde com entusiasmo. 1 = Não alerta, mas ao ser acordado por mínima estimulação obedece, responde ou reage. 2 = Não alerta, requer repetida estimulação ou estimulação dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados). 3 = Responde somente com reflexo motor ou reações autonômicas, ou totalmente irresponsivo, flácido e arreflexo.	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
1b. Perguntas de Nível de Consciência O paciente é questionado sobre o mês e sua idade. A resposta deve ser correta - não há nota parcial por chegar perto. Pacientes com afasia ou esturpor que não compreendem as perguntas irão receber 2 . Pacientes incapacitados de falar devido a intubação orotraqueal, trauma orotraqueal, disartria grave de qualquer causa, barreiras de linguagem ou qualquer outro problema não secundário a afasia receberão um 1 . É importante que somente a resposta inicial seja considerada e que o examinador não "ajude" o paciente com dicas verbais ou não verbais.	0 = Responde ambas as questões corretamente. 1 = Responde uma questão corretamente. 2 = Não responde nenhuma questão corretamente.	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
1c. Comandos de Nível de Consciência O paciente é solicitado a abrir e fechar os olhos e então abrir e fechar a mão não parética. Substitua por outro comando de um único passo se as mãos não podem ser utilizadas. É dado crédito se uma tentativa inequívoca é feita, mas não completada devido à fraqueza. Se o paciente não responde ao comando, a tarefa deve ser demonstrada a ele (pantomima) e o resultado registrado (i.e., segue um, nenhum ou ambos os comandos). Aos pacientes com trauma, amputação ou outro impedimento físico devem ser dados comandos únicos compatíveis. Somente a primeira tentativa é registrada.	0 = Realiza ambas as tarefas corretamente. 1 = Realiza uma tarefa corretamente. 2 = Não realiza nenhuma tarefa corretamente.	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
2. Melhor olhar conjugado Somente os movimentos oculares horizontais são testados. Movimentos oculares voluntários ou reflexos (óculo-cefálico) recebem nota, mas a prova calórica não é usada. Se o paciente tem um desvio conjugado do olhar, que pode ser sobreposto por atividade voluntária ou reflexa, o escore será 1 . Se o paciente tem uma paresia de nervo periférica isolada (IIC III, IV ou VI), marque 1 . O olhar é testado em todos os pacientes afásicos. Os pacientes com trauma ocular, curativos, cegueira preexistente ou outro distúrbio de acuidade ou campo visual devem ser testados com movimentos reflexos e a escolha feita pelo investigador. Estabelecer contato visual e, então, mover-se perto do paciente de um lado para outro, pode esclarecer a presença de paralisia do olhar.	0 = Normal. 1 = Paralisia parcial do olhar. Este escore é dado quando o olhar é anormal em um ou ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou paresia total do olhar. 2 = Desvio forçado ou paralisia total do olhar que não podem ser vencidos pela manobra óculo-cefálica.	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____

Instrução	Definição da escala	Escore	Hora
3. Visual OS campos visuais (quadrantes superiores e inferiores) são testados por confrontação, utilizando contagem de dedos ou ameaça visual, conforme apropriado. O paciente deve ser encorajado, mas se olha para o lado do movimento dos dedos, deve ser considerado como normal. Se houver cegueira unilateral ou enucleação, os campos visuais no olho restante são avaliados. Marque 1 somente se uma clara assimetria, incluindo quadrantanopsia, for encontrada. Se o paciente é cego por qualquer causa, marque 3. Estimulação dupla simultânea é realizada neste momento. Se houver uma extinção, o paciente recebe 1 e os resultados são usados para responder a questão 11.	0 = Sem perda visual. 1 = Hemianopsia parcial. 2 = Hemianopsia completa. 3 = Hemianopsia bilateral (cego, incluindo cegueira cortical).	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
4. Paralisia Facial Pergunte ou use pantomima para encorajar o paciente a mostrar os dentes ou sorrir e fechar os olhos. Considere a simetria de contração facial em resposta a estímulo doloroso em paciente pouco responsivo ou incapaz de compreender. Na presença de trauma /curativo facial, tubo orotraqueal, esparadrapo ou outra barreira física que obscureça a face, estes devem ser removidos, tanto quanto possível.	0 = Movimentos normais simétricos. 1 = Paralisia facial leve (apagamento de prega nasolabial, assimetria no sorriso). 2 = Paralisia facial central evidente (paralisia facial total ou quase total da região inferior da face). 3 = Paralisia facial completa (ausência de movimentos faciais das regiões superior e inferior da face).	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
5. Motor para braços O braço é colocado na posição apropriada: extensão dos braços (palmas para baixo) a 90° (se sentado) ou a 45° (se deitado). É valorizada queda do braço se esta ocorre antes de 10 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz e de pantomima, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, iniciando pelo braço não-parético. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulação no ombro, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha.	0 = Sem queda; mantém o braço 90° (ou 45°) por 10 segundos completos. 1 = Queda; mantém o braço a 90° (ou 45°), porém este apresenta queda antes dos 10 segundos completos; não toca a cama ou outro suporte. 2 = Algum esforço contra a gravidade; o braço não atinge ou não mantém 90° (ou 45°), cai na cama, mas tem alguma força contra a gravidade. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade; braço despenca. 4 = Nenhum movimento. NT = Amputação ou fusão articular, explique: _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
6. Motor para pernas A perna é colocada na posição apropriada: extensão a 30° (sempre na posição supina). É valorizada queda do braço se esta ocorre antes de 5 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz e de pantomima, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, iniciando pela perna não-parética. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulação no quadril, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha.	5a. Braço esquerdo 5b. Braço direito 0 = Sem queda; mantém a perna a 30° por 5 segundos completos. 1 = Queda; mantém a perna a 30°, porém esta apresenta queda antes dos 5 segundos completos; não toca a cama ou outro suporte. 2 = Algum esforço contra a gravidade; a perna não atinge ou não mantém 30°, cai na cama, mas tem alguma força contra a gravidade. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade; perna despenca. 4 = Nenhum movimento. NT = Amputação ou fusão articular, explique: _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
	6a. Perna esquerda 6b. Perna direita		
Instrução	Definição da escala	Escore	Hora
7. Ataxia de membros Este item é avaliado se existe evidência de uma lesão cerebelar unilateral. Teste com os olhos abertos. Em caso de defeito visual, assegure-se que o teste é feito no campo visual intacto. Os testes index-nariz e calcanhar-jelho são realizados em ambos os lados e a ataxia é valorizada, somente, se for desproporcional à fraqueza. A ataxia é considerada ausente no paciente que não pode entender ou está hemiplégico. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulações, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha. Em caso de cegueira, teste tocando o nariz, a partir de uma posição com os braços estendidos.	0 = Ausente. 1 = Presente em 1 membro. 2 = Presente em dois membros. NT = Amputação ou fusão articular, explique: _____	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____

<p>8. Sensibilidade Avalie sensibilidade ou mímica facial ao beliscar ou retirada do estímulo doloroso em paciente torporoso ou afásico. Somente a perda de sensibilidade atribuída ao AVC é registrada como anormal e o examinador deve testar tantas áreas do corpo (braços [exceto mãos], pernas, tronco e face) quantas forem necessárias para checar acuradamente um perda hemissensitiva. Um escore de 2, "grave ou total" deve ser dado somente quando uma perda grave ou total da sensibilidade pode ser claramente demonstrada. Portanto, pacientes em estupor e afásicos irão receber provavelmente 1 ou 0. O paciente com AVC de tronco que tem perda de sensibilidade bilateral recebe 2. Se o paciente não responde e está quadriplégico, marque 2. Pacientes em coma (item 1a=3) recebem arbitrariamente 2 neste item.</p>	<p>0 = Normal; nenhuma perda. 1 = Perda sensitiva leve a moderada; a sensibilidade ao beliscar é menos aguda ou diminuída do lado afetado, ou há uma perda da dor superficial ao beliscar, mas o paciente está ciente de que está sendo tocado. 2 = Perda da sensibilidade grave ou total; o paciente não sente que está sendo tocado.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>9. Melhor linguagem Uma grande quantidade de informações acerca da compreensão pode obtida durante a aplicação dos itens precedentes do exame. O paciente é solicitado a descrever o que está acontecendo no quadro em anexo, a nomear os itens na lista de identificação anexa e a ler da lista de sentença anexa. A compreensão é julgada a partir destas respostas assim como das de todos os comandos no exame neurológico geral precedente. Se a perda visual interfere com os testes, peça ao paciente que identifique objetos colocados em sua mão, repita e produza falas. O paciente intubado deve ser incentivado a escrever. O paciente em coma (Item 1A=3) receberá automaticamente 3 neste item. O examinador deve escolher um escore para pacientes em estupor ou pouco cooperativos, mas a pontuação 3 deve ser reservada ao paciente que está mudo e que não segue nenhum comando simples.</p>	<p>0 = Sem afasia; normal. 1 = Afasia leve a moderada; alguma perda óbvia da fluência ou dificuldade de compreensão, sem limitação significativa das idéias expressão ou forma de expressão. A redução do discurso e/ou compreensão, entretanto, dificultam ou impossibilitam a conversação sobre o material fornecido. Por exemplo, na conversa sobre o material fornecido, o examinador pode identificar figuras ou item da lista de nomeação a partir da resposta do paciente. 2 = Afasia grave; toda a comunicação é feita através de expressões fragmentadas; grande necessidade de interferência, questionamento e adivinhação por parte do ouvinte. A quantidade de informação que pode ser trocada é limitada; o ouvinte carrega o fardo da comunicação. O examinador não consegue identificar itens do material fornecido a partir da resposta do paciente. 3 = Mudo, afasia global; nenhuma fala útil ou compreensão auditiva.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Instrução	Definição da escala	Escore	Hora
<p>10. Disartria Se acredita que o paciente é normal, uma avaliação mais adequada é obtida, pedindo-se ao paciente que leia ou repita palavras da lista anexa. Se o paciente tem afasia grave, a clareza da articulação da fala espontânea pode ser graduada. Somente se o paciente estiver intubado ou tiver outras barreiras físicas a produção da fala, este item deverá ser considerado não testável (NT). Não diga ao paciente por que ele está sendo testado.</p>	<p>0 = Normal. 1 = Disartria leve a moderada; paciente arrasta pelo menos algumas palavras, e na pior das hipóteses, pode ser entendido, com alguma dificuldade. 2 = Disartria grave; fala do paciente é tão empastada que chega a ser ininteligível, na ausência de disfasia ou com disfasia desproporcional, ou é mudo/anártrico. NT = Intubado ou outra barreira física; explique _____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>11. Extinção ou Desatenção (antiga negligência) Informação suficiente para a identificação de negligência pode ter sido obtida durante os testes anteriores. Se o paciente tem perda visual grave, que impede o teste da estimulação visual dupla simultânea, e os estímulos cutâneos são normais, o escore é normal. Se o paciente tem afasia, mas parece atentar para ambos os lados, o escore é normal. A presença de negligência espacial visual ou anosagnosia pode também ser considerada como evidência de negligência. Como a anormalidade só é pontuada se presente, o item nunca é considerado não testável.</p>	<p>0 = Nenhuma anormalidade. 1 = Desatenção visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoal, ou extinção à estimulação simultânea em uma das modalidades sensoriais. 2 = Profunda hemi-desatenção ou hemi-desatenção para mais de uma modalidade; não reconhece a própria mão e se orienta somente para um lado do espaço.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

TABELA DE EVOLUÇÃO

[illegible]

Você sabe como fazer.

De volta pra casa.

Eu cheguei em casa do trabalho.

Próximo da mesa, na sala de jantar.

Eles ouviram o Pelé falar no rádio.

Mamãe

Tic-Tac

Paralelo

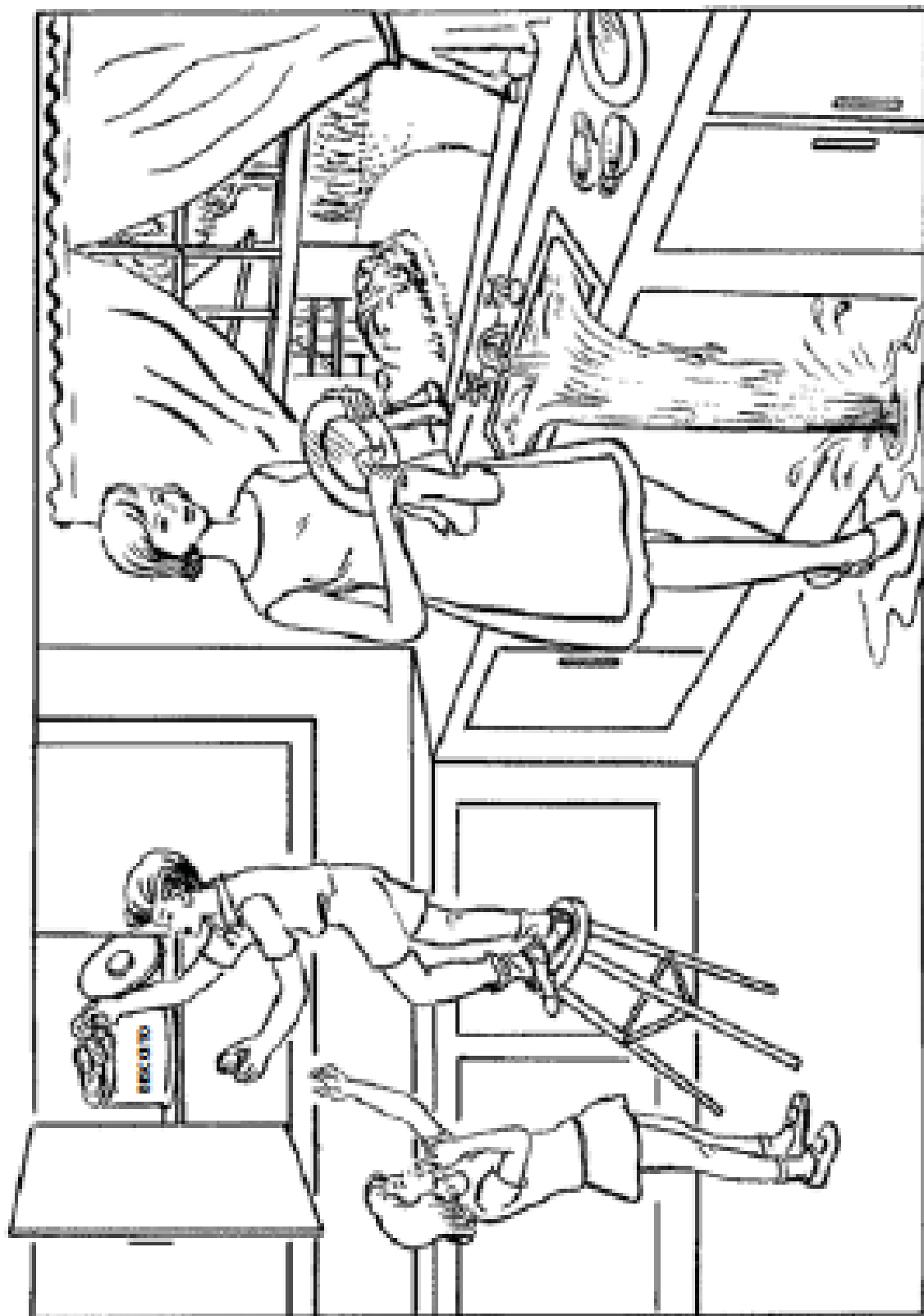
Obrigado

Estrada de ferro

Jogador de futebol



Lista para nomeação no item 9. Adell or language m



Copyright © 1983 by Lisa B. Hedges

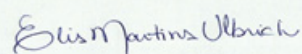
Figura para o item 9. *What's the problem?*

ANEXO 5 – AUTORIZAÇÕES PARA USO DA Epchaum

AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA EPCHAUM

Eu, **Elis Martins Ulbrich** autora da Escala de predição de complicações da hipertensão arterial em adultos – EPCHAUM, juntamente com Maria de Fátima Mantovani, autorizo Pollyanna Bahls de Souza utilizar a escala no projeto Gerenciamento de caso de enfermagem a pessoas com acidente vascular cerebral e derivações deste.

Curitiba, 08 de junho de 2017



ANEXO 6 – AUTORIZAÇÕES PARA USO DO QATHAS

malvina Thais Pacheco Rodrigues Thais <malvinat@gmail.com>

24 de jan ☆



para mim ▾

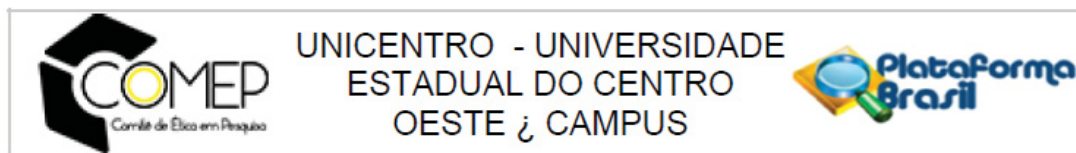
Bom dia,

Será um prazer que você utilize o QATHAS. Sendo assim, autorizo a utilização do QATHAS por Pollyanna Bahls de Souza, aluna do Programa de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR), sob orientação da Profa Dra Maria de Fátima Mantovani.

Att,

Profa. Dra. Malvina Thais P. Rodrigues
Docente do Curso Técnico de Enfermagem - CTT/UFPI
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade
Docente do Programa de Pós-Graduação Saúde da Mulher
(86) 9981-4361/9405-3165

ANEXO 7 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO OESTE - UNICENTRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: GERENCIAMENTO DE CASO PARA PESSOAS COM ACIDENTE VASCULAR

Pesquisador: Pollyanna Bahls de Souza

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 79391217.2.0000.0106

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Centro Oeste - UNICENTRO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

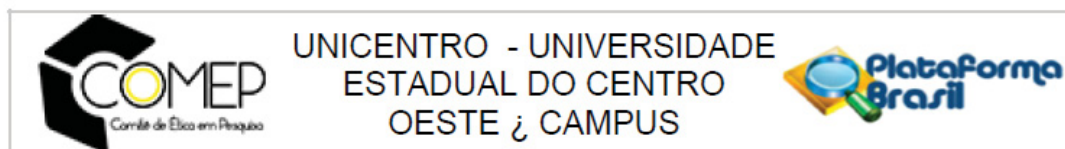
Número do Parecer: 3.002.936

Apresentação do Projeto:

Trata-se da apreciação do projeto de pesquisa intitulado GERENCIAMENTO DE CASO PARA PESSOAS COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL, de interesse e responsabilidade da proponente Pollyanna Bahls de Souza. Trata-se de um quase experimento longitudinal, que tem por objetivo avaliar o efeito do gerenciamento de caso na prevenção de novos episódios de AVC, além de caracterizar a população de estudo de acordo com o perfil sociodemográfico e clínico e identificar o efeito do gerenciamento de caso na manutenção dos níveis pressóricos e controle de outros fatores de risco. A pesquisa ocorrerá no período de março de 2016 a dezembro de 2019, com previsão para início de coleta de dados em novembro de 2017. O acompanhamento de enfermagem, por meio do gerenciamento de caso, será realizado no domicílio dos participantes. O recrutamento dos participantes acontecerá em duas instituições hospitalares. Para o suporte ao gerenciamento de caso, a pesquisa contará com o serviço prestado pela Secretaria Municipal de Saúde de Guarapuava. Todos os pacientes diagnosticados com AVC ou AIT, que atendam aos critérios de inclusão e exclusão e que derem entrada nas instituições hospitalares dentro dos três meses destinados ao recrutamento, serão convidados a participar do estudo. A amostra do estudo será por voluntariado. No ano anterior, no período de agosto a outubro, o município totalizou em 44 internações decorrentes de AVC. Nesta pesquisa, a intervenção será o gerenciamento de caso realizado por enfermeira com base na classificação de risco proposta pela Epchaum. As ações propostas pela escala incluem consultas médicas, de enfermagem e com equipe multidisciplinar,

Endereço: Alameda Élio Antonio Dalla Vecchia, nº 838 - Campus CEDETEG - (ao lado dos laboratórios do curso de
 Bairro: Vila Carli CEP: 85.040-167
 UF: PR Município: GUARAPUAVA
 Telefone: (42)3629-8177 Fax: (42)3629-8100 E-mail: comep_unicentro@yahoo.com.br

Página 01 de 05



Continuação do Parecer: 3.002.936

visitas domiciliares, pactuação de metas, atividades de educação em saúde e ligações telefônicas, com frequências que variam de acordo com o risco do paciente em desenvolver uma complicação. Posteriormente os dados serão analisados por meio de estatística descritiva, por meio de frequências e proporções.

A análise inferencial será realizada por meio de comparação das médias das variáveis quantitativas através do teste de ANOVA. Além disso, a pesquisa terá suporte de uma profissional de estatística e outros testes poderão ser empregados para análise dos dados

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o efeito do gerenciamento de caso na prevenção de novos episódios de AVC.

Objetivos Secundários:

- a)- Caracterizar a população de estudo de acordo com o perfil sociodemográfico e clínico;
- b)- Identificar o efeito do gerenciamento de caso na manutenção dos níveis pressóricos e controle de outros fatores de risco;
- c)- Descrever a percepção dos participantes quanto ao acompanhamento por enfermeiro;
- d)- Apreender o significado do acompanhamento nos cuidados de saúde pós avc.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

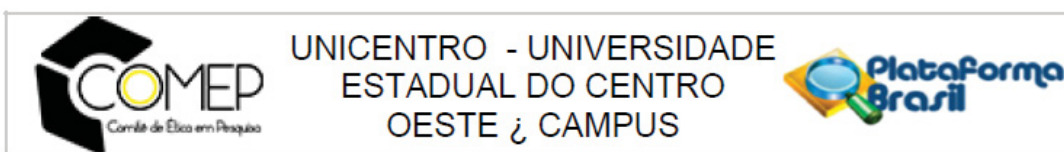
Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser o desconforto em responder as perguntas, receber o pesquisador em casa e/ou atender as ligações telefônicas. Para minimizar os possíveis riscos, que são mínimos, será assegurado interromper a qualquer momento a sua participação na pesquisa; além disso, se você se sentir prejudicado por causa da pesquisa, o pesquisador dará a assistência integral, imediata e gratuita, por meio do seu encaminhamento até o serviço mais adequado à sua necessidade, podendo ser para a Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Hospital ou médico responsável pelo seu tratamento.

Benefícios:

Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de continuidade do cuidado, diminuição da pressão arterial, não desenvolvimento de novo AVC, melhoria nos hábitos de vida e adesão ao tratamento medicamentoso prevenindo complicações relacionadas. Além disso, poderá contribuir para o avanço da ciência.

Endereço: Alameda Élio Antonio Dalla Vecchia, nº 838 - Campus CEDETEG - (ao lado dos laboratórios do curso de			
Bairro: Vila Carlí		CEP: 85.040-167	
UF: PR	Município: GUARAPUAVA		
Telefone: (42)3629-8177	Fax: (42)3629-8100	E-mail: comep_unicentro@yahoo.com.br	

Página 02 de 05



Continuação do Parecer: 3.002.936

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A presente pesquisa apresenta relevância científica.

Critério de Inclusão:

- a) Ter recebido diagnóstico médico de AIT ou AVC isquêmico na entrada dos serviços hospitalares, com pontuação máxima de quatro na escala de Rakin, durante os três meses de recrutamento;
- b) Possuir diagnóstico de hipertensão;c) Ser adulto com idade entre 18 e 60 anos;d) Residir no município de Guarapuava.

Critério de Exclusão:

- a) AVC hemorrágico;
- b)idade inferior a 18 anos e superior a 60 anos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1) Check List inteiramente preenchido;

2) Folha de rosto com campos preenchidos e com carimbo identificador e assinada por;

3) Carta de anuência/autorização;

4) TCLE (termo de consentimento livre e esclarecido).

4.1) TALE (Termo de Assentimento para menores de idade ou incapazes);

5) Projeto de pesquisa completo (anexado pelo pesquisador);

6) Instrumento para coleta dos dados (questionário/roteiro/questões norteadora);

7) Cronograma do projeto completo e da Plataforma;

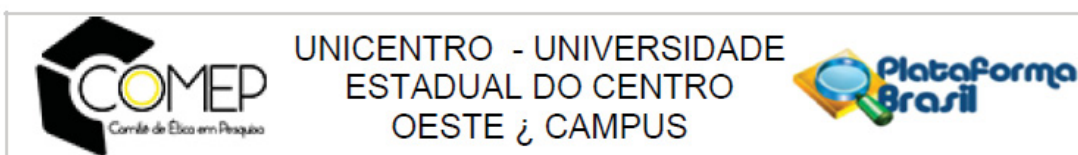
8)- Orçamento.

Recomendações:

(1)- Ressalta-se que segundo a Resolução 466/2012, item XI – DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL,

Endereço: Alameda Élio Antonio Dalla Vecchia, nº 838 - Campus CEDETEG - (ao lado dos laboratórios do curso de		
Bairro: Vila Carli		CEP: 85.040-167
UF: PR	Município: GUARAPUAVA	
Telefone: (42)3629-8177	Fax: (42)3629-8100	E-mail: comep_unicentro@yahoo.com.br

Página 03 de 05



Continuação do Parecer: 3.002.936

parágrafo f), é de responsabilidade do pesquisador "manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa."

(2)- O TCLE, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, deve ser emitido em duas vias de igual teor. Todas as vias devem ser assinadas pelo pesquisador responsável e pelo participante. Uma via deverá ser entregue ao participante e a outra fará parte dos documentos do projeto, a serem mantidos sob a guarda do pesquisador.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A presente pesquisa está em conformidade com a Resolução 466/2012. Este CEP considera que todos os esclarecimentos necessários foram devidamente prestados, estando este projeto de pesquisa apto a ser realizado, devendo-se observar as informações presentes no item "Recomendações".

Considerações Finais a critério do CEP:

Em atendimento à Resolução CNS/MS- 466/2012, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório parcial assim que tenha transcorrido um ano da pesquisa e relatório final em até trinta dias após o término da pesquisa.

Qualquer alteração no projeto deverá ser encaminhada para análise deste comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1236394_E1.pdf	10/10/2018 16:55:09		Aceito
Outros	EMENDA.pdf	10/10/2018 16:54:08	Pollyanna Bahls de Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodepesquisacompletoversaodois.docx	15/11/2017 20:06:15	Pollyanna Bahls de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEversaodois.docx	15/11/2017 20:04:46	Pollyanna Bahls de Souza	Aceito
Outros	NIHSS.pdf	14/10/2017 13:36:56	Pollyanna Bahls de Souza	Aceito
Outros	Rankin.pdf	14/10/2017 13:36:24	Pollyanna Bahls de Souza	Aceito

Endereço: Alameda Élio Antonio Dalla Vecchia, nº 838 - Campus CEDETEG - (ao lado dos laboratórios do curso de
 Bairro: Vila Carlí CEP: 85.040-167
 UF: PR Município: GUARAPUAVA
 Telefone: (42)3629-8177 Fax: (42)3629-8100 E-mail: comepeg_unicentro@yahoo.com.br



UNICENTRO - UNIVERSIDADE
ESTADUAL DO CENTRO
OESTE & CAMPUS



Continuação do Parecer: 3.002.936

Outros	ABCD2.pdf	14/10/2017 13:35:39	Pollyanna Bahls de Souza	Aceito
Outros	QATHAS.pdf	14/10/2017 13:34:56	Pollyanna Bahls de Souza	Aceito
Outros	EPCHAUM.pdf	14/10/2017 13:34:28	Pollyanna Bahls de Souza	Aceito
Outros	questionario.pdf	14/10/2017 13:33:44	Pollyanna Bahls de Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodepesquisacompleto.docx	14/10/2017 13:31:25	Pollyanna Bahls de Souza	Aceito
Outros	CartadeaceiteSecretariaMunicipaldeSaudede.pdf	14/10/2017 13:29:53	Pollyanna Bahls de Souza	Aceito
Outros	CartadeaceiteInstitutoVirmond.pdf	14/10/2017 13:28:04	Pollyanna Bahls de Souza	Aceito
Outros	CartadeaceiteHospitalSaoVicente.pdf	14/10/2017 13:27:35	Pollyanna Bahls de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	14/10/2017 13:25:21	Pollyanna Bahls de Souza	Aceito
Outros	CHECKlistdocumental.doc	14/10/2017 13:24:57	Pollyanna Bahls de Souza	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	14/10/2017 13:14:37	Pollyanna Bahls de Souza	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GUARAPUAVA, 06 de Novembro de 2018

Assinado por:
Roberta Leticia Krüger
(Coordenador(a))

Endereço: Alameda Élio Antonio Dalla Vecchia, nº 838 - Campus CEDETEG - (ao lado dos laboratórios do curso de
Bairro: Vila Carlí **CEP:** 85.040-167
UF: PR **Município:** GUARAPUAVA
Telefone: (42)3629-8177 **Fax:** (42)3629-8100 **E-mail:** comep_unicentro@yahoo.com.br